CONSILIUL NAȚIONAL AL PERSOANELOR VÂRSTNICE

Singurătatea și depresia vârstnicilor: implicații psihologice

Iulie
2015

Cuprins

1. Aspecte generale 3

3. Elemente de metodologia cercetării 5

4. Rezultate și interpretări ……. …….. 8

5. Concluzii 40

6. Propuneri 42

7. Bibliografie..... 44

8. Anexe……..…… 45

CAPITOLUL 1

Introducere

Procesul de îmbătrânire a populației este un fenomen ireversibil care a modificat substanțial structura pe grupe de vârstă a populației din România. Acest fenomen de creștere a populației vârstnice față de populația generală a României atrage după sine consecințe, atât asupra familiei din care aceste persoane fac parte, cât și asupra persoanelor vârstnice, dar și asupra societății.

Familiile persoanelor vârstnice se confruntă astfel cu situații noi, cărora nu le pot face față, cer ajutor în acest caz societății. Societatea la rândul ei nu poate face față cerințelor acestor persoane, datorită în primul rând a lipsei de cunoaștere în totalitate a nevoilor pe care le au aceste persoane vârstnice dar și datorită serviciilor sociale care se adresează acestor categorii de persoane, dezvoltate insuficient atât la nivel de comunitate cât și la nivelul întregii țări.

Mai mult decât atât, problematica persoanelor vârstnice, este una complexă și care presupune o serie de dificultăți, din punct de vedere al asistenței sociale acordate acestor persoane, cât și a necesității instituționale din punct de vedere a îngrijirii acestor persoane, în familie, la domiciliu sau instituționalizat.

Îmbătrânirea, pentru mulți oameni, reprezintă o ,,prăpastie a vieții'', în care se prăbușesc fără să știe și fără a găsi calea de ieșire. Totuși sunt persoane care fac față traiului din prăpastia îmbătrânirii, trăind și bucurându-se de respectul celor din jur. Dacă în trecut îmbătrânirea era întâlnită ca o parte idealizată a vieții (bunicul și bunica înconjurați de nepoți, rol social prezent – continuarea activității la locul de muncă, atât cât starea de sănătate permite, implicare în viața socială etc.), acum îmbătrânirea pentru multe persoane reprezintă: inutilitate (pensionarea, disponibilizările din activitățile atât sociale cat și casnice, și efectuarea acestor activități de către persoanele mult mai tinere din societate cât și din familie, etc.), singurătate (fie datorită dispariției partenerului de viață, marginalizării, etc., conflicte cu familia), suferință (provocată de agresiuni verbale, fizice, psihice, boală), stare de sănătate precară.

Unele dintre persoanele vârstnice sunt complet dependente, altele sunt independente, ducând încă o viață activă, unele sunt instituționalizate, altele se întrețin singure sau primesc îngrijiri în cadrul familiei.

Între toate aceste categorii de persoane vârstnice există numeroase deosebiri, fiecare dintre ele adaptându-se diferit la schimbările induse de vârsta înaintată, confruntându-se cu nevoi și probleme specifice. Însăși atitudinea față de procesul de îmbătrânire reprezintă un factor diferențiala în măsura în care nu toți vârstnicii reacționează la fel față de evenimentele și ,,crizele'' care caracterizează vârsta a treia și a patra.

Acestea sunt numai câteva dintre argumentele care ne-au condus în acest demers de cercetare pentru a înțelege mai bine modificările suferite de persoanele vârstnice instituționalizare.

În cadrul cercetării am vizat două categorii de pensionari, instituționalizați și cei care trăiesc în cadrul familiei, pentru a putea înțelege mai bine schimbările prin care trec cei dintâi și desigur a avea un termen de comparație.

Astfel, prin această lucrare vrem să accentuam impactul, uneori negativ, pe care îl are asupra vârstnicilor un mediu instituționalizat, un mediu lipsit de căldură sufletească pe care o dă oricărui individ căminul familiei căreia îi aparține.

Știm că nu putem împiedica evoluția firească a cursului vieții. Fiecare vârstă se confruntă cu problemele ei, dar în același timp fiecare vârstă are frumusețea și farmecul ei, inclusiv vârsta a treia, aspecte pe care trebuie să le arătăm ca atare, cu valențele ei pozitive sau negative, așa cum este situația de fapt.

CAPITOLUL 2

Elemente de metodologia cercetării

În capitolele anterioare am încercat să surprindem anumite aspecte psihologice caracteristice vârstei a treia, analizând pe baza literaturii de specialitate și principalele probleme care își fac simțită prezența la aceasta vârstă.

În cadrul cercetării am vizat în mod special o anumită categorie de vârstnici, și anume, acei oameni care au cea mai mare nevoie de atenție, iubire, afectivitate - bătrânii instituționalizați în căminele pentru persoane vârstnice-care, majoritatea au fost părăsiți și lăsați uitării tocmai de acei care le erau mai dragi, sau n-au avut pe nimeni apropiat care să le poarte de grijă. Astfel că, prin această lucrare vrem să accentuam impactul, uneori dezastruos, pe care îl are asupra lor un mediu instituționalizat, un mediu lipsit de căldură sufletească pe carte o dă oricărui individ căminul familiei căreia îi aparține.

Știm că nu putem împiedica evoluția firească a cursului vieții. Fiecare vârstă se confruntă cu problemele ei, dar în același timp fiecare vârstă are frumusețea și farmecul ei, inclusiv vârsta a treia, aspecte pe care trebuie să le arătam ca atare, cu valențele ei pozitive sau negative, așa cum este situația de fapt.

Obiectivul general al cercetării noastre îl constituie relevarea unor particularități ale tulburărilor emoționale la vârstă senectuții la bătrânii instituționalizați. Iar ca **obiectiv specific** am avut în vedere diferențierea nivelului de singurătate și depresie la bătrânii instituționalizați față de cei din mediul familial.

Prin urmare, criteriile pe care le-am avut în vedere pentru **alegerea subiecților** au fost:

- vârsta;
- sexul;
- mediul de viață (instituționalizat sau neinstituționalizat).

Pentru a descrie starea psihologică a persoanelor vârstnice instituționalizate este necesar să avem un grup de control, și anume: vârstnicii neinstituționalizați. În acest mod se vor putea observa particularitățile tulburărilor emoționale manifestate de bătrânii instituționalizați. Prin urmare se vor aplica aceleași metode de investigare

ambelor categorii de vârstnici: scala de singurătate și scala de autoevaluare a depresiei (BDI).

❖ **Scala de singurătate** (Russel & Cutrona, 1980)

Autorii scalei consideră că sentimentul de izolare și convingerea persoanei asupra singurătății sale este o expresie a dificultății de adaptare. Scala măsoară "singurătatea" conceptualizată ca un răspuns emoțional unidimensional la discrepanța dintre nivelul dorit și cel realizat al relațiilor sociale ale persoanei.

Scala conține 20 de elemente (11 punând în evidență singurătatea iar 9 lipsa de singurătate) și ca urmare sunt cotați invers. Aceste elemente cotate invers sunt: 1, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19, 20. Subiecții au posibilitatea alegerii unui răspuns între 4 nivele: 1 = niciodată iar 4 = întotdeauna. Scorurile posibile sunt cuprinse între 20-80 de puncte, scorurile mici indicând absența singurătății iar scorurile mari un nivel crescut al singurătății.

Autorii menționează că scorurile scalei relaționează puternic cu statusul de sănătate mintală și slab cu cel de sănătate fizică. Se semnalează corelații pozitive semnificative cu depresia, cu anxietatea, cu timpul zilnic petrecut singur, cu sentimentul de abandon, tristețe, lipsa de speranță, izolare și încredere în sine. Cercetările autorilor au arătat că singurătatea se află în relația mai puternică cu dispoziția decât cu perceperea suportului social.

❖ **Scala de autoevaluare a depresiei** (Back Depresion Inventary - BDI) este o scală de autoevaluare de tip inventar, și în același timp chestionar. Scala BDI a fost dezvoltată de Beck și colab. (1961) ca un chestionar care este destinat să evalueze severitatea simptomelor depresive.

BDI se referă la starea prezentă și măsoară severitatea depresivă prin grade de intensitate. Ea este compusă din 21 de elemente fiecare fiind evaluat în patru grade de severitate, de la 0-absent la 3-foarte sever, fiecărui grad corespunzându-i o afirmație descriptivă, iar subiectul este invitat să aleagă afirmația care i se potrivește cel mai bine din fiecare element. Inventarul Beck conține 81 de afirmații descriptive.

Cele 21 de elemente au fost alese din simptomatologia comuna a tulburărilor depresive și din literatura psihiatrică și anume: dispoziția depresivă, pesimism, sentimentul eșecului, lipsa de satisfacție, sentimentul de vinovăție, sentimentul pedepsei, autodezgust, autoacuzare, dorințe auto-punitive, plâns, iritabilitate, retragere socială, nehotărâre, modificarea imaginii de sine, dificultăți în muncă,

tulburări de somn, fatigabilitate, pierderea apetitului, pierderea în greutate, preocupări somatice, pierderea libidoului.

Scorul total al scalei se poate întinde de la 0 la 63. Beck și colab. (1961) au demonstrat scoruri înalte a consistenței interne prin corelațiile dintre scorul pentru fiecare element și scorul total sau corelația dintre scorurile jumătăților scalei sau prin metoda test-retest. Validitatea concurentă făcută prin administrarea BDI împreună cu scale de evaluare clinică globală sau cu scala Hamilton au arătat scoruri moderate.

Cât privește pragurile de scor, Beck recomandă un scor de 13 peste care se poate considera că subiectul prezintă o stare depresivă. Mai târziu, Beck și Baumesderfer (1974) recomandă un scor de 21 pentru a obține o populație depresivă pură necesară în studii științifice, dar aceste praguri au fost stabilite arbitrar, fără o metoda științifică.

Cu toate limitările ei scala BDI rămâne una din cele mai utilizate scale de autoevaluare în depresie și scala de predilecție din evaluarea rezultatelor terapiilor cognitive din tulburările depresive.

Cercetarea noastră este axată asupra următoarelor **variabile**:

- variabile independente: sexul și mediul de viață (cămin, familie);
- variabile dependente: singurătatea și depresia.

În final, pe baza datelor obținute, se va trece la analizarea și interpretarea datelor obținute raportându-le separat la cele două variabile dependente depresia și singurătatea vârstnicilor instituționalizați și neinstituționalizați.

CAPITOLUL 3

Rezultate și interpretări

Pentru realizarea cercetării am construit două eșantioane: grupul de control, constituit din bătrâni ce locuiesc în mediul familial și grupul experimental constituit din bătrâni ce locuiesc la căminul pentru persoane vârstnice. La cele două eșantioane am aplicat următoarele probe: scala de singurătate și scala de autoevaluare a depresiei BDI.

Cercetarea noastră fost efectuată în 28 de județe (Alba, Arad, Argeș, Bacău, Bihor, Bistrița Năsăud, Brăila, Călărași, Caraș Severin, Constanța, Covasna, Dâmbovița, Dolj, Giurgiu, Ialomița, Iași, Ilfov, Maramureș, Mehedinți, Neamț, Olt, Prahova, Sălaj, Sibiu, Timișoara, Tulcea, Vaslui și Vâlcea) și în sectorul 5 și 6 al municipiului București, la 120 de vârstnici din care 60 erau instituționalizați în cămine pentru persoane vârstnice, iar 60 proveneau din mediul familial. Vârsta subiecților a fost cuprinsă între 59 și peste 85 de ani. În cadrul fiecărui lot 30 subiecți erau de sex feminin iar 30 de sex masculin.

Rezultatele obținute la cele două probe au fost prelucrate statistic în tabele și grafice, apoi comparate între cele două eșantioane pentru a releva diferențele dintre bătrânii instituționalizați și bătrânii neinstituționalizați cu privire la depresie și singurătate.

I. DEPRESIA

1.1. Descrierea subiecților

Cercetarea noastră referitoare la autoevaluarea depresiei în rândul vârstnicilor fost efectuata pe 120 de vârstnici din care 60 erau instituționalizați în cămine pentru persoane vârstnice, iar 60 proveneau din mediul familial. Vârsta subiecților a fost cuprinsă în scala de la 59 de ani și mai puțin, până la 85 de ani și peste, iar cei mai mulți dintre aceștia s-au încadrat în media de vârstă 65 – 79 ani . În cadrul fiecărui lot 2 subiecți au fost de sex feminin, iar 2 de sex masculin.

Tabelul nr. 1

Eșantionul subiecților în funcție de vârstă și sex:

Nr. Crt.	Bătrâni neinstituționalizați		Bătrâni instituționalizați	
Vârsta	**Femei**	**Bărbați**	**Femei**	**Bărbați**
59 de ani și mai puțin	5.0%	3.3%	3.3%	1.7%
60-64 ani	10.0%	5.0%	3.3%	5.0%
65-69 ani	15.0%	15.3%	10.0%	8.3%
70-74 ani	10.0%	6.7%	8.3%	6.7%
75-79 ani	3.3%	13.3%	18.3%	15.0%
80-84 ani	5.0%	1.7%	10.0%	8.3%
85 ani și peste	1.7%	6.7%	0%	1.7%

Se constată că ponderea cea mai mare, în ceea ce privește bătrânii neinstituționalizați, o regăsim la categoria de vârstă 65-69 ani atât în cazul bărbaților cât și în cazul femeilor. Referitor la bătrânii instituționalizați se constată că ponderea cea mai mare se regăsește în categoria de vârstă 75-79 ani atât pentru bărbați cât și pentru femei. Persoanele vârstnice neinstituționalizate au declarat că locuiesc:

- Singuri
- Cu soția
- Cu copiii
- Cu alte persoane cum ar fi nepoții, alte rude, prieteni.

1.2. Prezentarea datelor

După cum am precizat mai sus, autoevaluarea depresiei la persoanele vârstnice am analizat-o folosind o scală de autoevaluare de tip inventar. Această scală a fost dezvoltată ca un chestionar (Anexa 1) care este destinat să evalueze severitatea simptomelor depresive, având 4 grade de severitate: 0 – depresie minimă, 1 – depresia ușoară, 2 depresia moderată, 3 – depresia severă.

Din datele rezultate se constată că persoanele vârstnice intervievate, atât cele instituționalizate, cât și cele neinstituționalizate, suferă de o depresie ușoară în 30,8% din cazuri și o depresie moderată în 30,0% din cazuri.

Tabelul nr. 2

Evaluarea depresiei

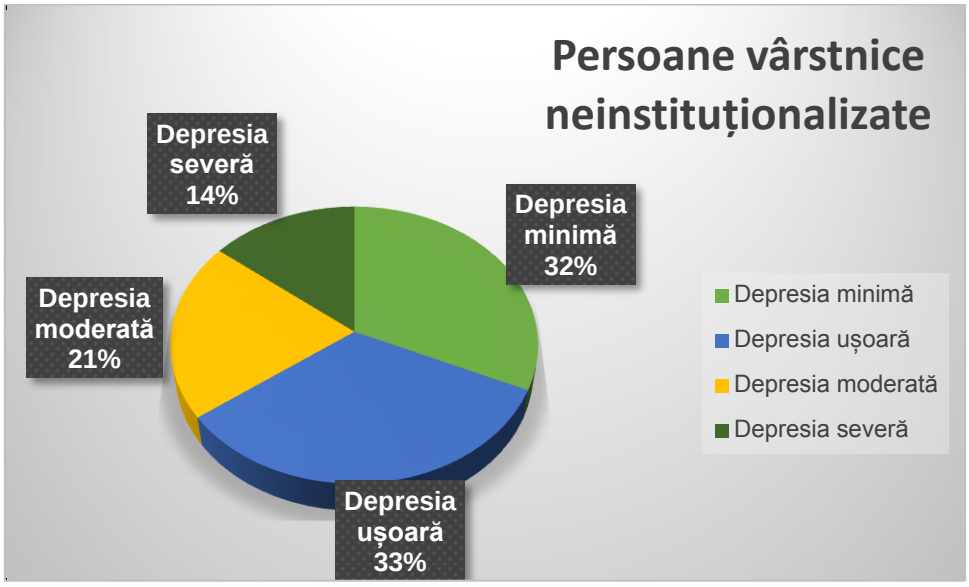
	Frecvența pe cazuri (numărul de persoane)	**Procent valid**
Depresie minimă	32	26.7%
Depresie ușoară	37	30.8%
Depresie moderată	36	30.0%
Depresie severă	15	12.5%
Total	120	100%

În funcție de gradul de autoevaluare a depresiei se constată diferențe mari între cele două grupe de persoane vârstnice intervievate, astfel că majoritatea bătrânilor ce locuiesc la domiciliu au o depresie minimă și ușoară. În schimb la bătrânii care locuiesc în cămin, majoritatea au o depresie moderată și severă.

Rezultatele obținute relevă diferențele semnificative între cele două grupe de subiecți.

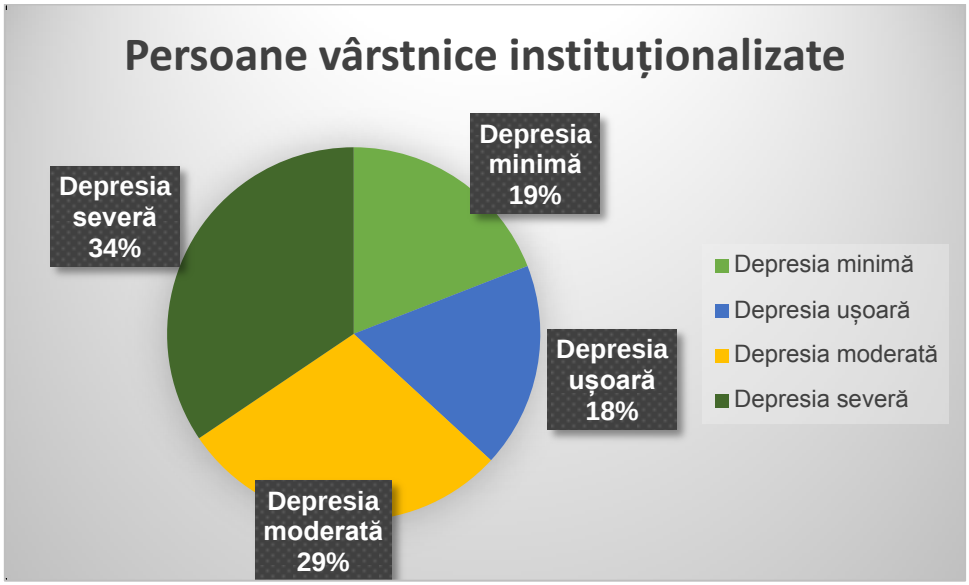
Graficul nr. 1

Autoevaluarea depresiei la persoanele vârstnice neinstituționalizate



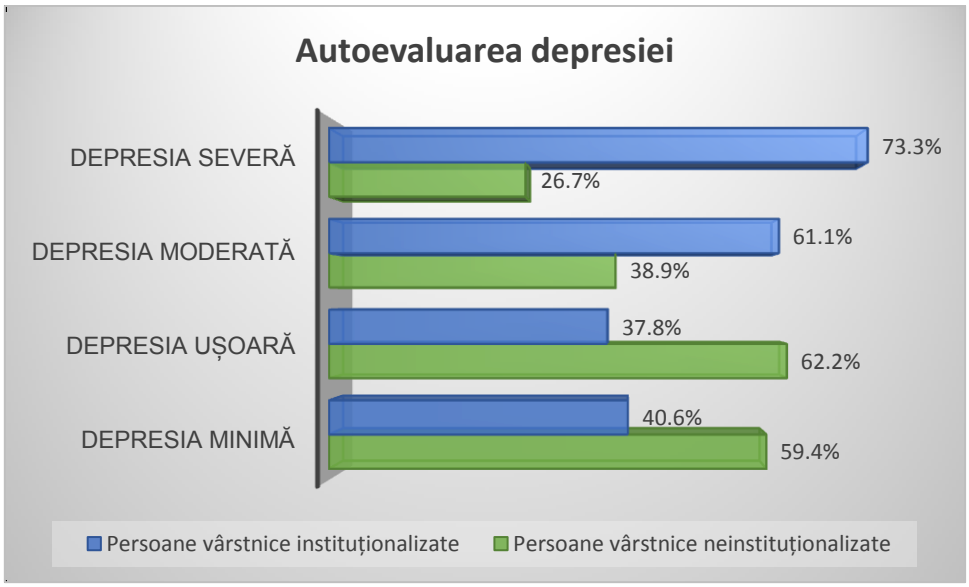
Graficul nr. 2

Autoevaluarea depresiei la persoanele vârstnice instituționalizate



Altfel spus, comparând cele două categorii de persoane, avem următorul rezultat privind autoevaluarea depresiei:

Graficul nr. 3



Pe județe, autoevaluarea depresiei la persoanele vârstnice intervievate (atât cele instituționalizate, cât și cele neinstituționalizate) este prezentată în tabelul nr. 3.

Tabel nr. 3

Autoevaluarea depresiei pe județe

Localitatea	Gradul de depresie			
	Depresie minimă	Depresie ușoară	Depresie moderată	Depresie severă
Alba	-	25.0%	75.0%	-
Arad	50.0%	-	25.0%	25.0%
Argeș	-	25.0%	75.0%	-
Bacău	-	-	75.0%	25.0%
Bihor	25.0%	-	25.0%	50.0%
Bistrița	-	75.0%	25.0%	-
Brăila	-	50.0%	50.0%	-
București, s. 1	50.0%	25.0%	25.0%	-
București, s. 6	25.0%	50.0%	25.0%	-
Călărași	25.0%	75.0%	-	-
Caraș-Severin	75.0%	-	25.0%	-
Constanța	-	25.0%	50.0%	25.0%
Covasna	25.0%	25.0%	-	50.0%
Dâmbovița	-	75.0%	25.0%	-
Dolj	100%	-	-	-
Giurgiu	25.0%	50.0%	25.0%	-
Ialomița	25.0%	50.0%	25.0%	-
Iași	-	50.0%	50.0%	-
Ilfov	75.0%	25.0%	-	-
Maramureș	100%	-	-	-
Mehedinți	25.0%	25.0%	50.0%	-
Neamț	25.0%	25.0%	50.0%	-
Olt	25.0%	25.0%	50.0%	-
Prahova	-	25.0%	50.0%	25.0%
Sălaj	50.0%	50.0%	-	-
Sibiu	25.0%	50.0%	25.0%	-
Timiș	25.0%	25.0%	-	50.0%
Tulcea	25.0%	50.0%	25.0%	-
Vâlcea	-	-	50.0%	50.0%
Vaslui	-	25.0%	-	75.0%

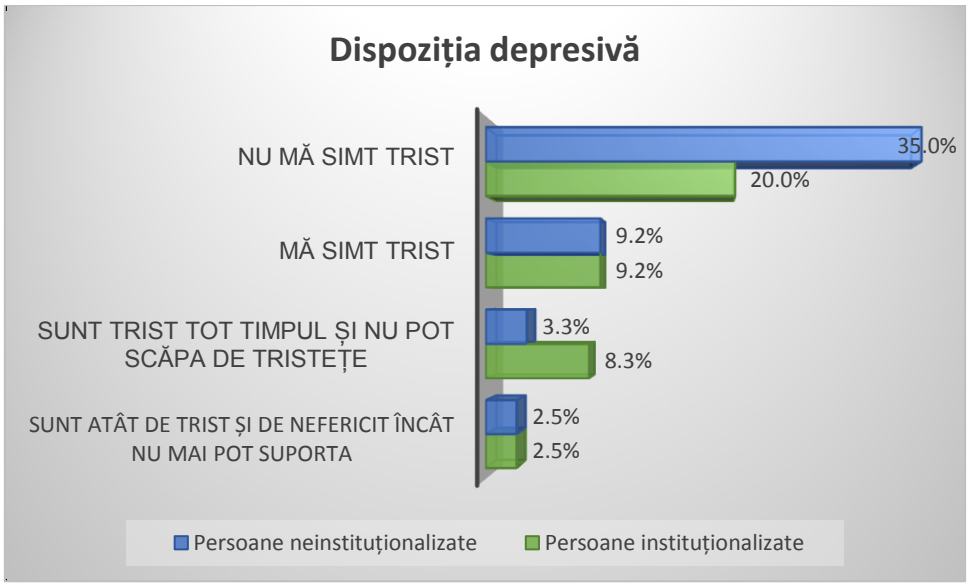
Se constată că județele Caraș Severin, Dolj, Ilfov și Maramureș sunt caracterizate de o autoevaluare a depresiei minimă, în timp ce județul Vaslui în cea mai mare măsură este caracterizat de o autoevaluare a depresiei severe.

În funcție de cele două categorii de persoane intervievate și cele **21 de elemente alese din simptomatologia comună a tulburărilor depresive** și din literatura psihiatrică enumerate în capitolul anterior, se desprind următoarele rezultate.

- **Dispoziția depresivă**

Datele obținute relevă faptul că dispoziția depresivă – tristețea, se află la nivelul minim, ceea ce înseamnă că acest simptom al tulburărilor depresive nu are o influență foarte puternică în ceea ce privește autoevaluarea depresiei, atât în cazul persoanelor instituționalizate, cât și în cazul persoanelor neinstituționalizate.

Graficul nr. 4

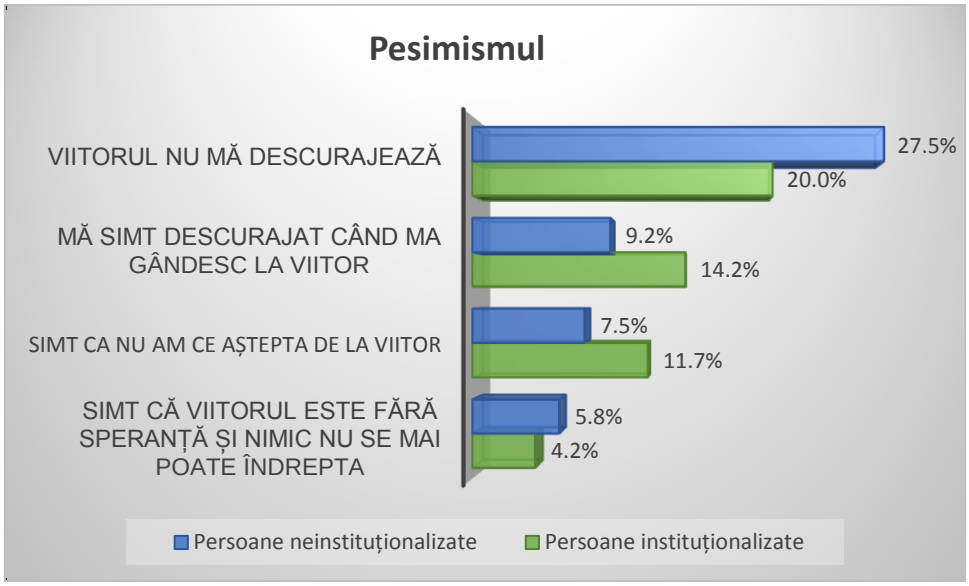


Cu toate acestea, se constată că persoanele instituționalizate se simt triste mai tot timpul și nu pot scăpa de tristețe, în pondere de 8,3%, față de cele neinstituționalizate care au bifat această afirmație în pondere de doar 3,3%.

➢ **Pesimismul**

În ceea ce privește pesimismul se constată că persoanele intervievate nu sunt afectate în mare măsură de acest simptom al tulburărilor depresive. În schimb, se observă o creștere ușoară spre moderată la persoanele instituționalizate, față de persoanele neinstituționalizate, cu privire la faptul că sunt descurajați și nu au așteptări când se gândesc de la viitor.

Graficul nr. 5

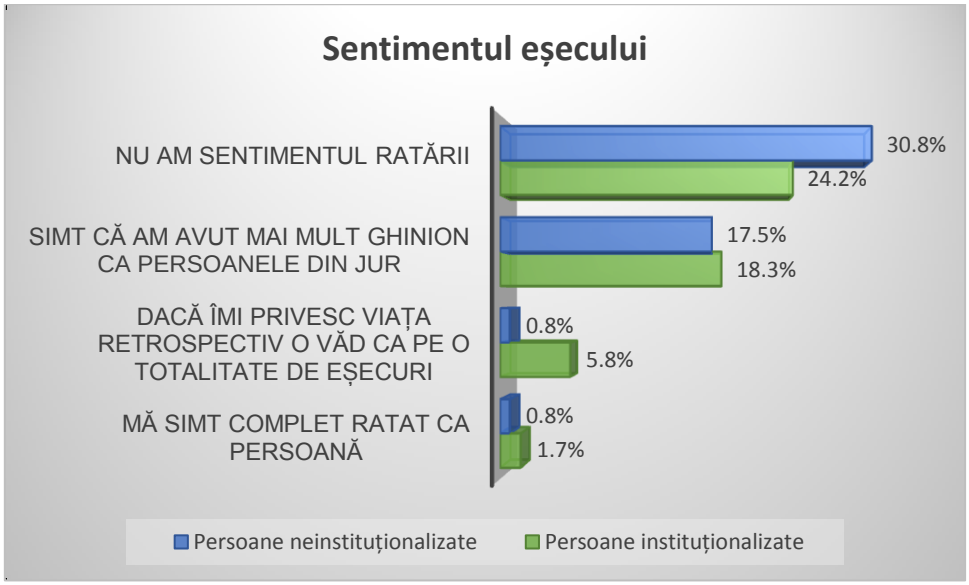


➢ **Sentimentul eșecului**

Din acest punct de vedere se constată că 55% din persoanele vârstnice intervievate (instituționalizate, neinstituționalizate) nu prezintă sentimentul ratării, în timp ce peste 35% dintre aceștia consideră că au avut mai mult ghinion ca persoanele din jurul lor.

De asemenea, bătrânii instituționalizați consideră în mai mare măsură, față de bătrânii neinstituționalizați, că atunci când își privesc viața retrospectiv, o văd ca o totalitate de eșecuri.

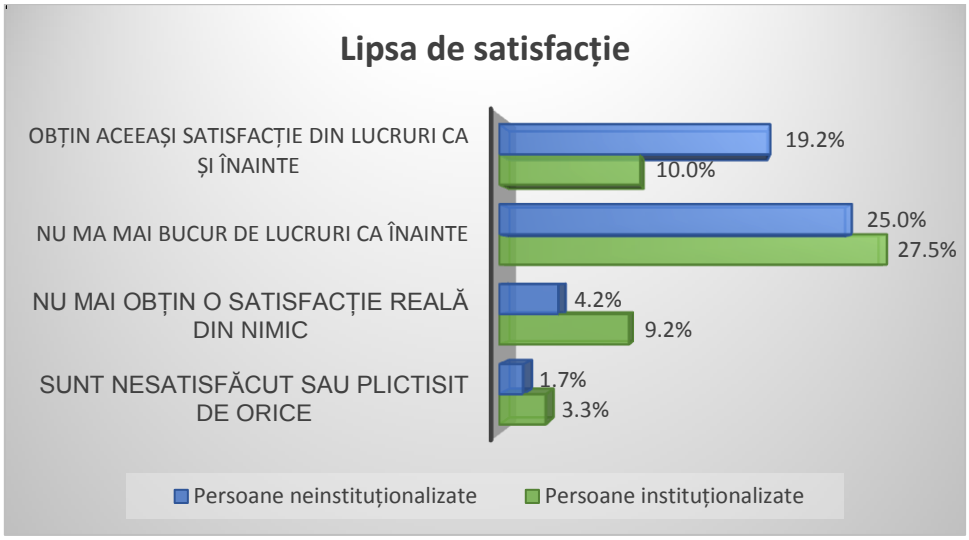
Graficul nr. 6



- **Lipsa de satisfacție**

Datele obținute în cazul lipsei de satisfacție, relevă faptul că atât persoanele vârstnice instituționalizate, cât și cele neinstituționalizate, consideră în mare măsură faptul că nu se mai bucură de lucruri ca înainte.

Graficul nr. 7

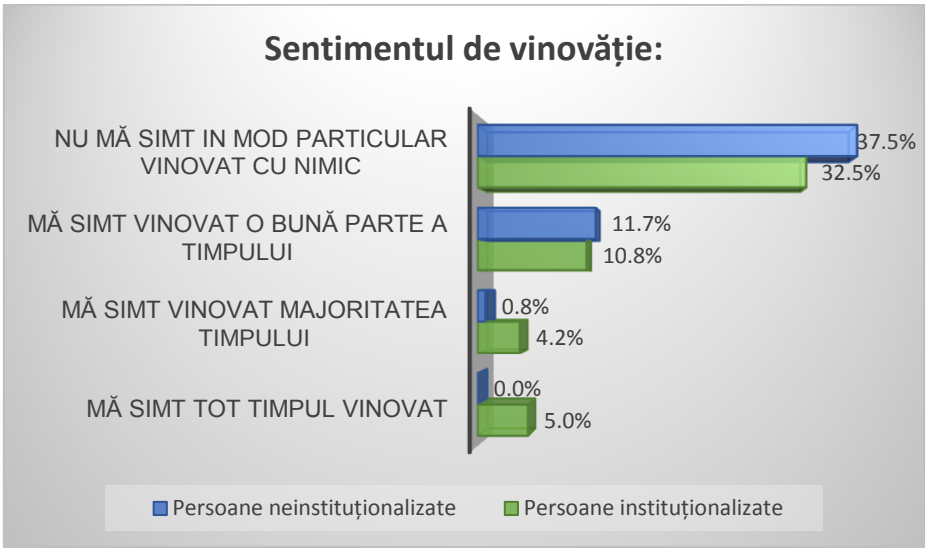


Se observă o diferență semnificativă în ceea ce privește ponderea persoanelor neinstituționalizate și instituționalizate, cele din urmă considerând într-o mai mare măsură că nu mai obțin o satisfacție reală din nimic.

➢ **Sentimentul de vinovăție:**

Un alt simptom al tulburărilor depresive este sentimentul de vinovăție. Din datele analizate constatăm că 70% din persoanele intervievate nu se simt in mod particular vinovate cu nimic, dar, cu toate acestea, din analiză reiese, de asemenea, că persoanele instituționalizate se simt, pe total, mai vinovate decât cele neinstituționalizate.

Graficul nr. 8

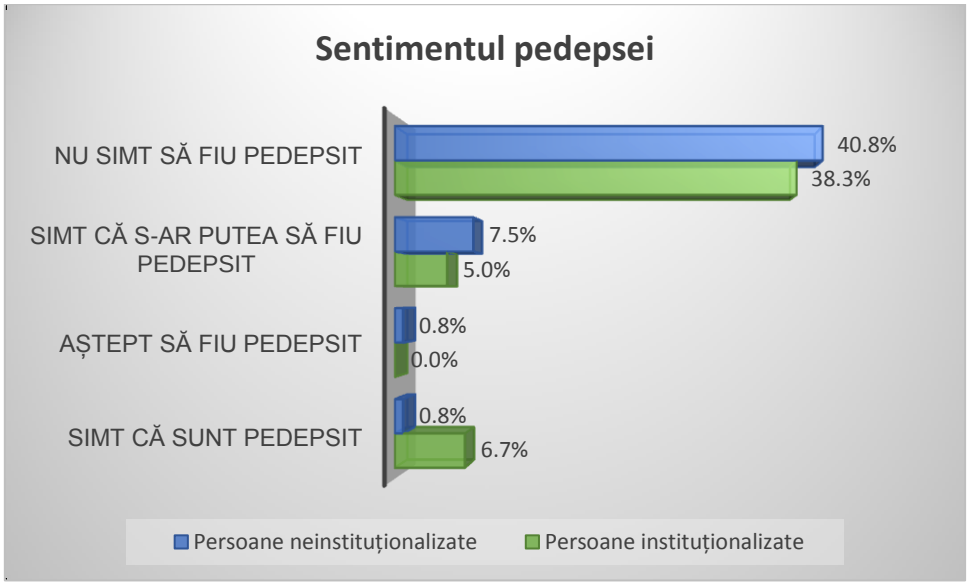


➢ **Sentimentul pedepsei**

În ceea ce privește sentimentul pedepsei, putem afirma că majoritatea persoanelor vârstnice intervievate, atât cele instituționalizate, cât și cele neinstituționalizate consideră că nu simt să fie pedepsiți.

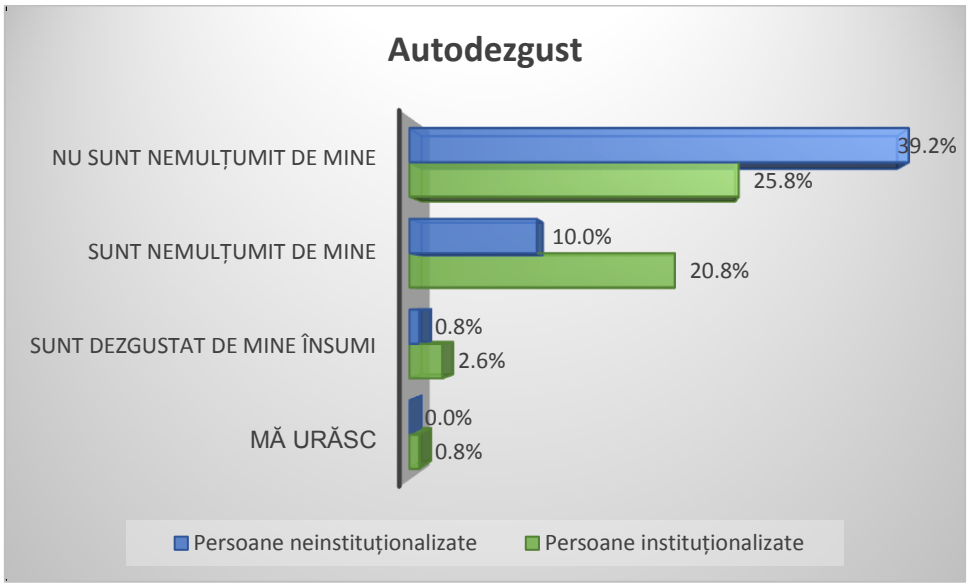
Persoanele vârstnice care au răspuns că se simt pedepsiți provin mai mult din mediul instituționalizat, decât din cel familial.

Graficul nr. 9



- **Autodezgust**

Graficul nr. 10

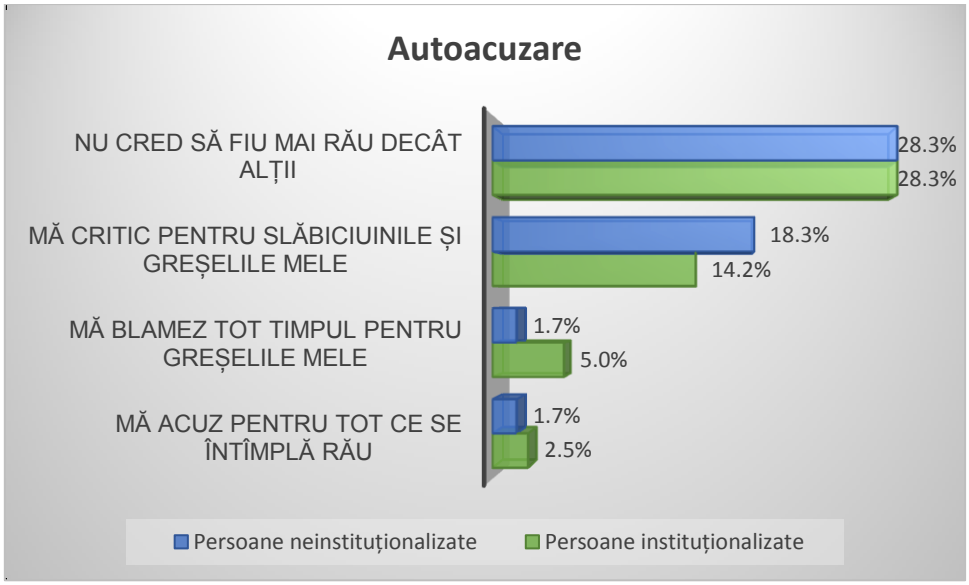


Constatăm că, deși o mare parte din persoanele vârstnice intervievate au spus că sunt mulțumite de propria persoană, persoanele vârstnice instituționalizate sunt mai nemulțumite de propria persoană față de persoanele care sunt neinstituționalizate.

➢ **Autoacuzare**

Într-o proporție semnificativă, atât bătrânii instituționalizați cât și cei neinstituționalizați consideră că nu sunt mai răi decât alții.

Graficul nr. 11

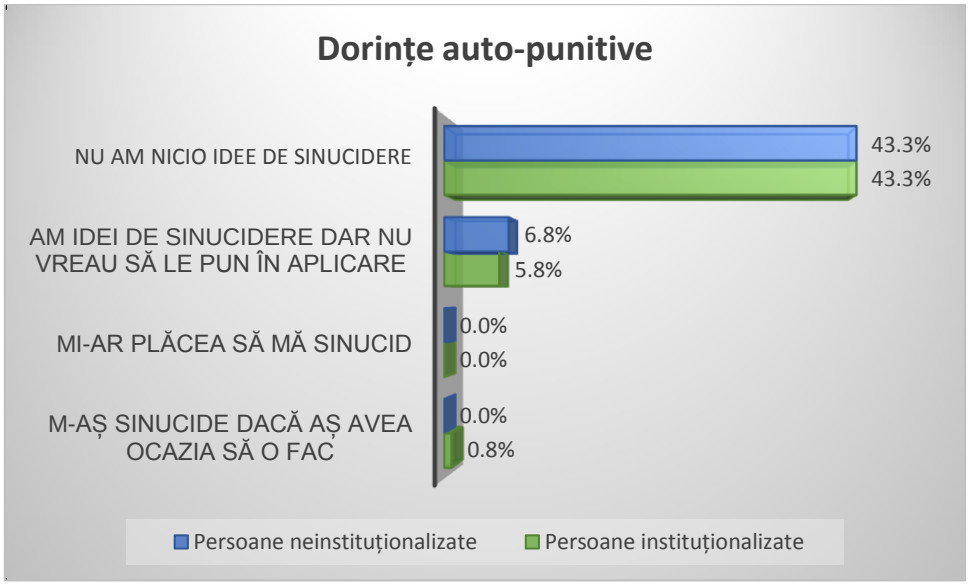


Cu toate acestea, bătrânii care provin dintr-un mediu familial se critică pentru greșelile și slăbiciunile lor într-o pondere mai mare decât cei care sunt instituționalizați. De asemenea, cei care sunt in mediu instituționalizat se blamează pentru greșeli și se acuză pentru tot ce se întâmplă rău în mai mare măsură decât cei care provin dintr-un mediu familial.

➢ **Dorințe auto-punitive**

Constatăm, printr-un procent destul de mic, că persoanele vârstnice intervievate au idei de sinucidere, dar nu vor să le pună în aplicare. La acest punct de autoevaluare a depresiei, putem concluziona că persoanele vârstnice, în mare măsură, nu au nicio idee de sinucidere.

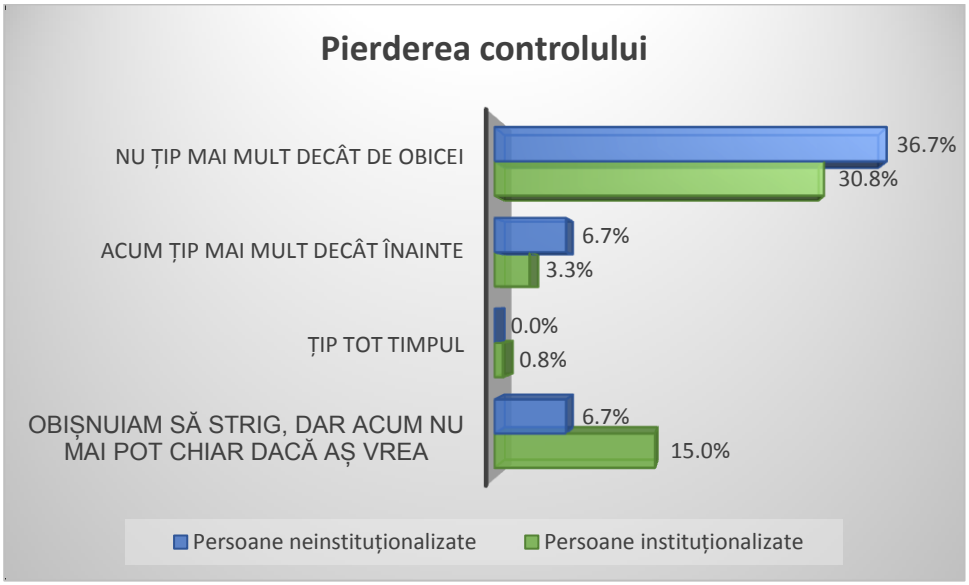
Graficul nr. 12



- **Plâns**

Datele obținute relevă faptul că persoanele vârstnice instituționalizate obișnuiau să strige, dar acum nu mai pot chiar dacă și-ar dori. În pondere de peste 65%, bătrânii intervievați au spus că în prezent nu țipă mai mult decât de obicei.

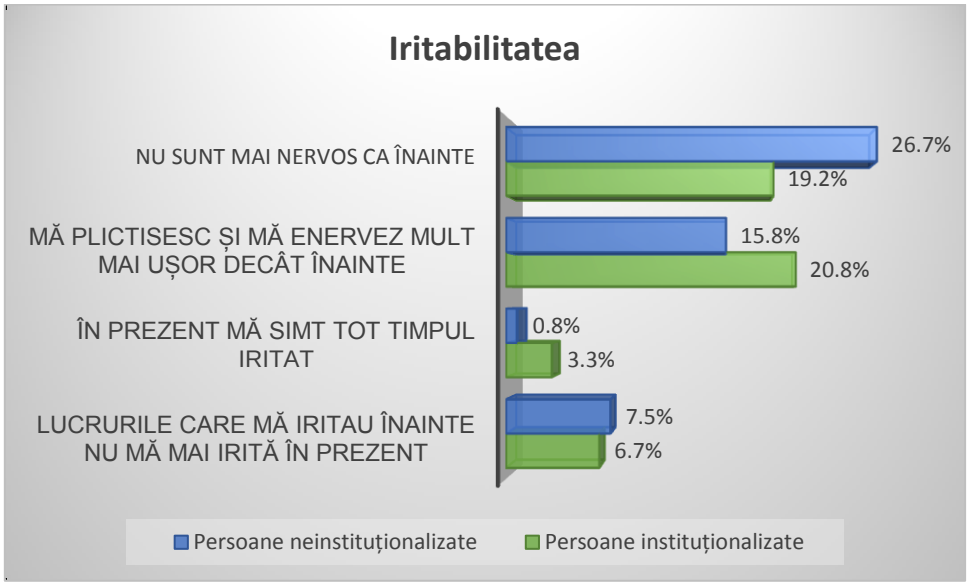
Graficul nr. 13



➢ **Iritabilitatea**

În ceea ce privește iritabilitatea, constatăm cu ușurință faptul că persoanele vârstnice instituționalizate se plictisesc și se enervează mult mai ușor decât înainte și, de asemenea, în prezent se simt tot timpul iritate într-o mai mare măsură, comparativ cu persoanele care provin dintr-un mediu familial.

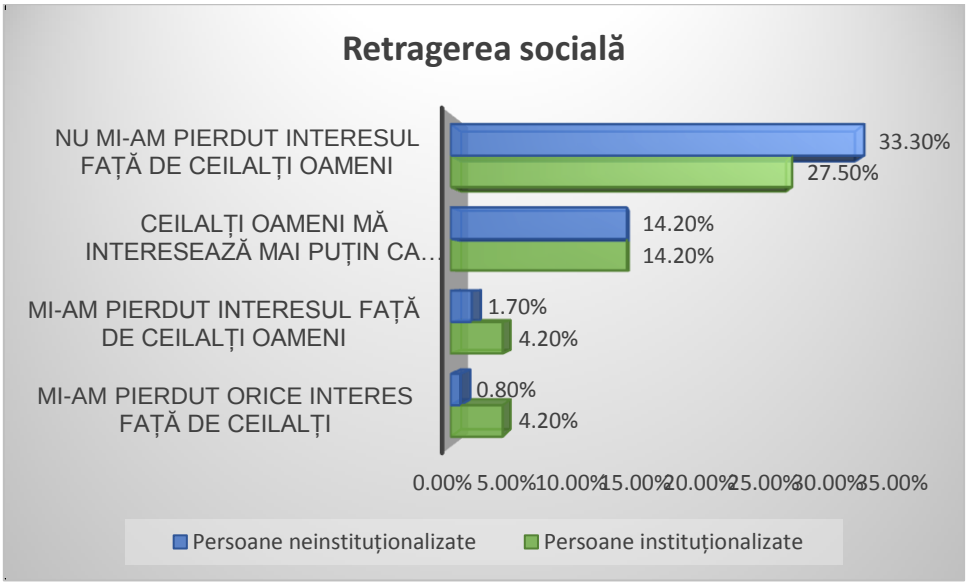
Graficul nr. 14



➢ **Retragere socială**

În mare măsură, persoanele vârstnice intervievate nu și-au pierdut interesul față de ceilalți oameni. Cu toate acestea constatăm procentele diferite, comparând persoanele instituționalizate și cele neinstituționalizate, de aici reieșind faptul că persoanele care sunt într-un cămin de bătrâni își pierd interesul față de ceilalți oameni mai mult decât cei care sunt într-un mediu familial.

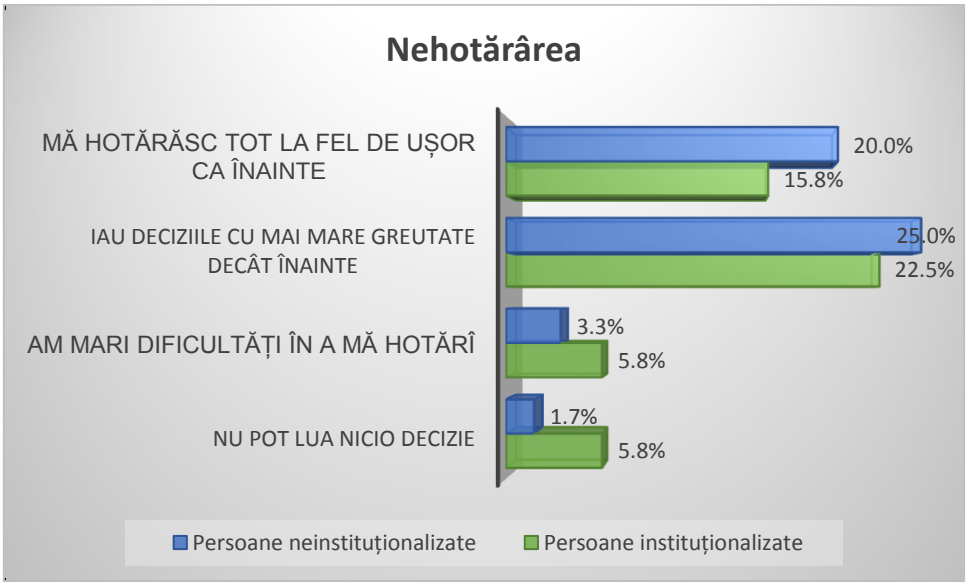
Graficul nr. 15



➢ **Nehotărârea**

Se constată că în ceea ce privește hotărârea, atât în cazul persoanelor vârstnice instituționalizate cât și în cazul celor neinstituționalizate, persoanele iau decizii cu mai mare greutate decât înainte. De asemenea, observăm că persoanele vârstnice instituționalizate au mai mari dificultăți în a se hotărî, sau chiar nu pot lua nicio decizie, față de persoanele vârstnice care provin dintr-un mediu familial.

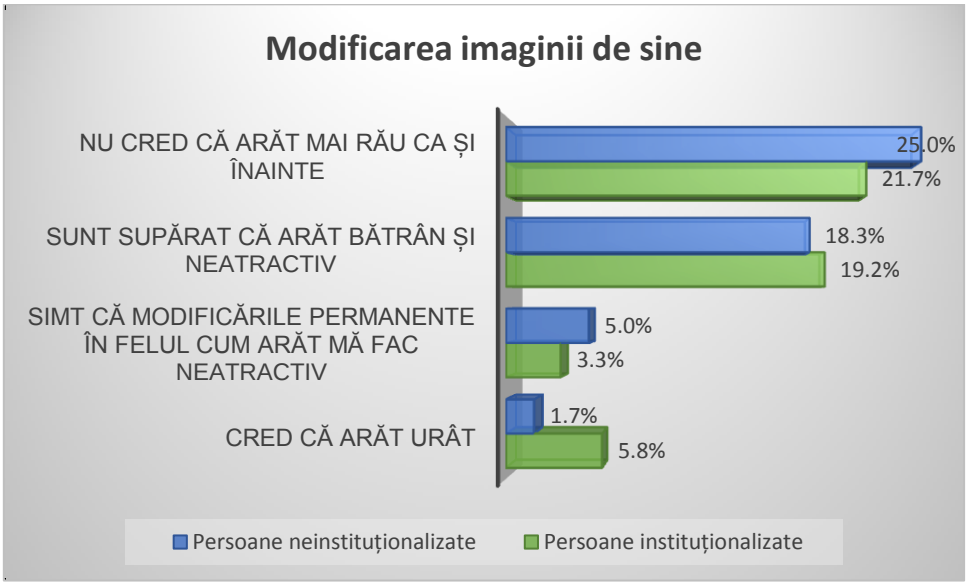
Graficul nr. 16



➢ **Modificarea imaginii de sine**

La simptomul modificarea imaginii de sine, unul din cele 21 de simptome ale tulburărilor depresive, constatăm că în pondere de peste 45% bătrânii nu cred că arată mai rău ca înainte.

Graficul nr. 17



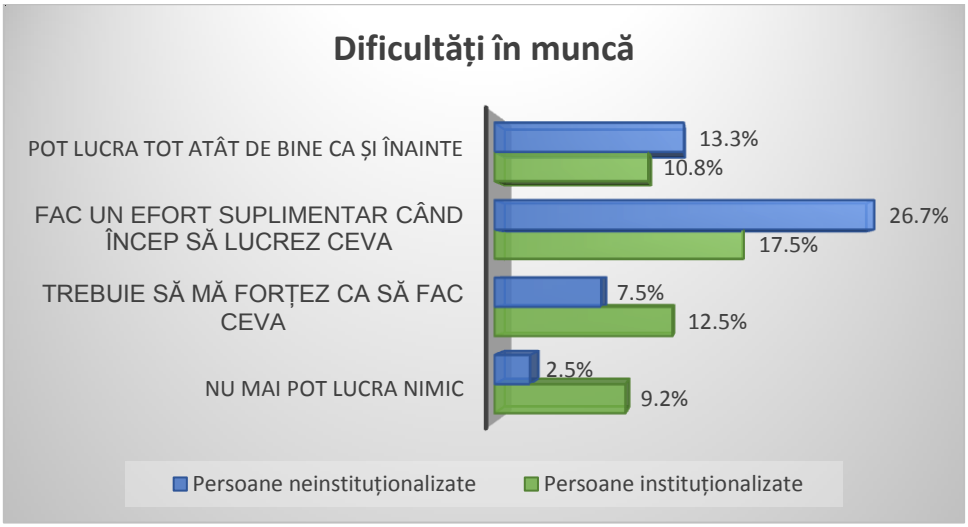
Cu toate acestea, în mare măsură (peste 37%) sunt și vârstnici care consideră că arată mai bătrâni și neatractivi. Observăm, de asemenea, că bătrânii instituționalizați au o imagine de sine mult mai slabă – considerând în pondere mai mare că arată urât – față de cei neinstituționalizați.

➢ **Dificultăți în muncă**

Atât persoanele vârstnice instituționalizate, cât și cele neinstituționalizate se simt afectate referitor la modul în care prestează munca, aceștia considerând în mare parte că fac un efort suplimentare când încep să lucreze ceva.

De asemenea, din analiză reiese că persoanele instituționalizate consideră, într-o pondere mult mai mare față de cele neinstituționalizate, că trebuie să se forțeze atunci când fac ceva, sau chiar că nu mai pot lucra nimic.

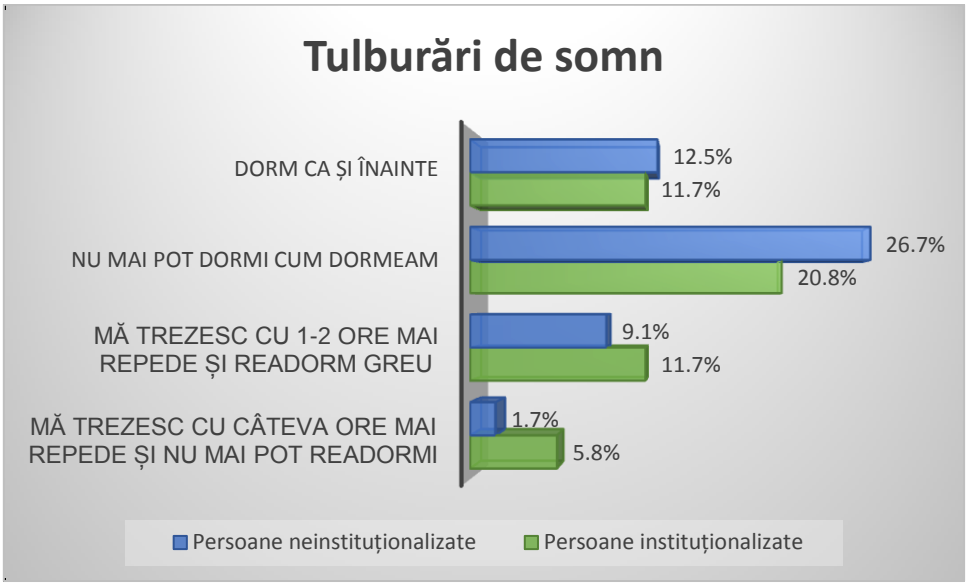
Graficul nr. 18



- **Tulburări de somn**

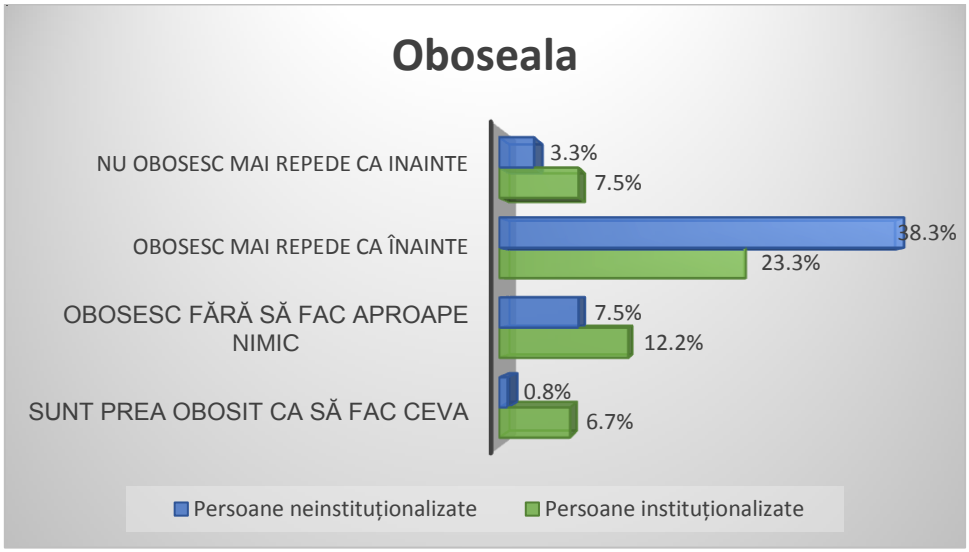
Datele obținute relevă faptul că ambele categorii de persoane vârstnice intervievate consideră în mare măsură că nu mai pot dormi cum dormeau înainte. De asemenea, observăm că bătrânii instituționalizați au în mai mare măsură probleme cu tulburările de domn, față de cei neinstituționalizați, deoarece ei se trezesc mai devreme și readorm greu, sau chiar nu mai pot readormi la loc.

Graficul nr. 19



➢ **Oboseala**

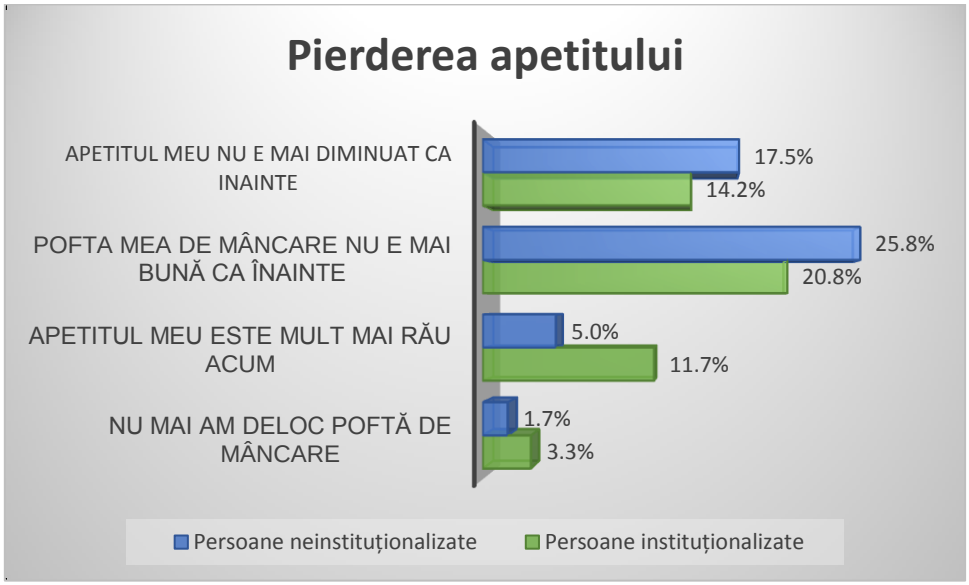
Graficul nr. 20



În mod cert ambele categorii de persoane vârstnice consideră că obosesc mai repede ca înainte. Bătrânii instituționalizați sunt mult mai sensibili și consideră că sunt prea obosiți ca să mai facă ceva sau că obosesc fără să facă ceva.

➢ **Pierderea apetitului**

Graficul nr. 21

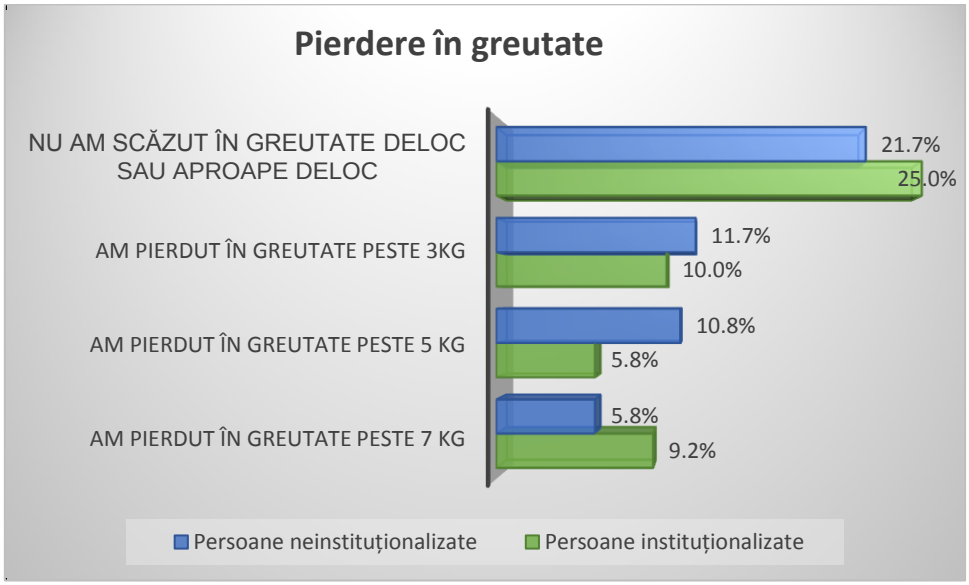


Din acest punct de vedere constatăm că la ambele categorii de vârstnici pofta de mâncare nu e mai bună ca înainte. Pentru vârstnicii instituționalizați situația este

și mai grea, aceștia considerând mai mult ca vârstnicii care provin din mediul familial că apetitul lor este mult mai rău în prezent sau chiar că nu mai au deloc poftă de mâncare.

- **Pierderea în greutate**

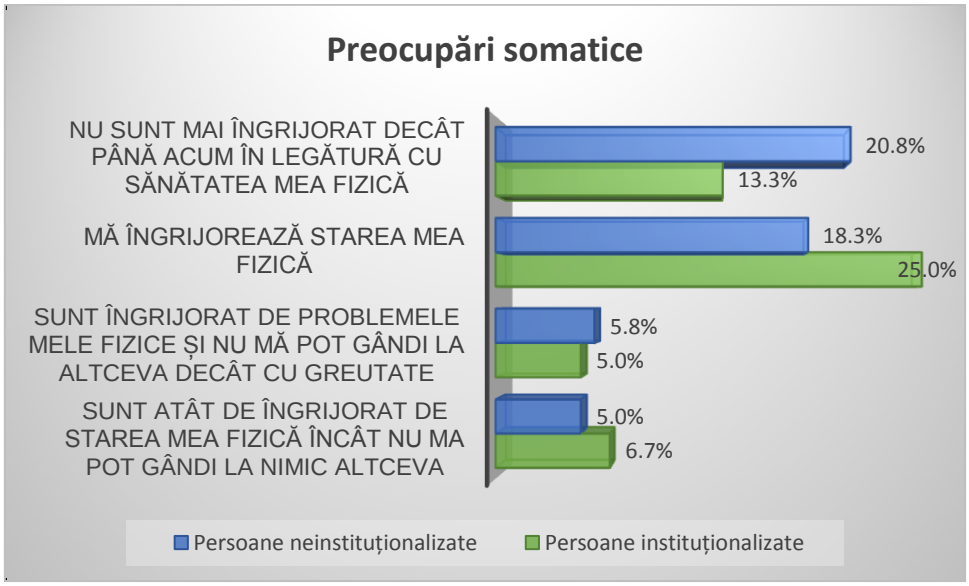
Graficul nr. 22



Constatăm că peste 45,0% din vârstnicii intervievați consideră că nu au scăzut în greutate deloc sau aproape deloc.

- **Preocupări somatice**

Graficul nr. 23

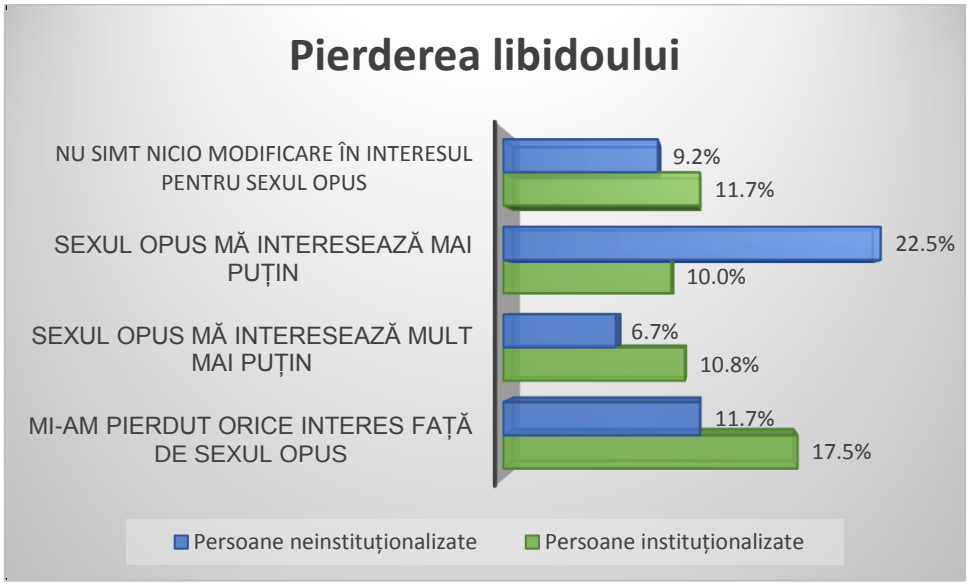

Preocupări somatice
NU SUNT MAI ÎNGRIJORAT DECÂT PÂNĂ ACUM ÎN LEGĂTURĂ CU SĂNĂTATEA MEA FIZICĂ
20.8%
13.3%
MĂ ÎNGRIJOREAZĂ STAREA MEA FIZICĂ
18.3%
25.0%
SUNT ÎNGRIJORAT DE PROBLEMELE MELE FIZICE ȘI NU MĂ POT GÂNDI LA ALTCEVA DECÂT CU GREUTATE
5.8%
5.0%
SUNT ATÂT DE ÎNGRIJORAT DE STAREA MEA FIZICĂ ÎNCÂT NU MA POT GÂNDI LA NIMIC ALTCEVA
5.0%
6.7%
Persoane neinstituționalizate
Persoane instituționalizate

Din datele obținute, observăm cu ușurință faptul că bătrânii instituționalizați sunt mult mai îngrijorați în legătură cu starea lor fizică, față de bătrânii care locuiesc în mediu familial.

- **Pierderea libidoului**

Constatăm că la persoanele vârstnice neinstituționalizate, ponderea cea mai mare o regăsim în afirmația *sexul opus mă interesează mai puțin*, în timp ce la persoanele vârstnice instituționalizate ponderea cea mai mare o regăsim în afirmația *mi-am pierdut orice interes față de sexul opus.*

Graficul nr. 24

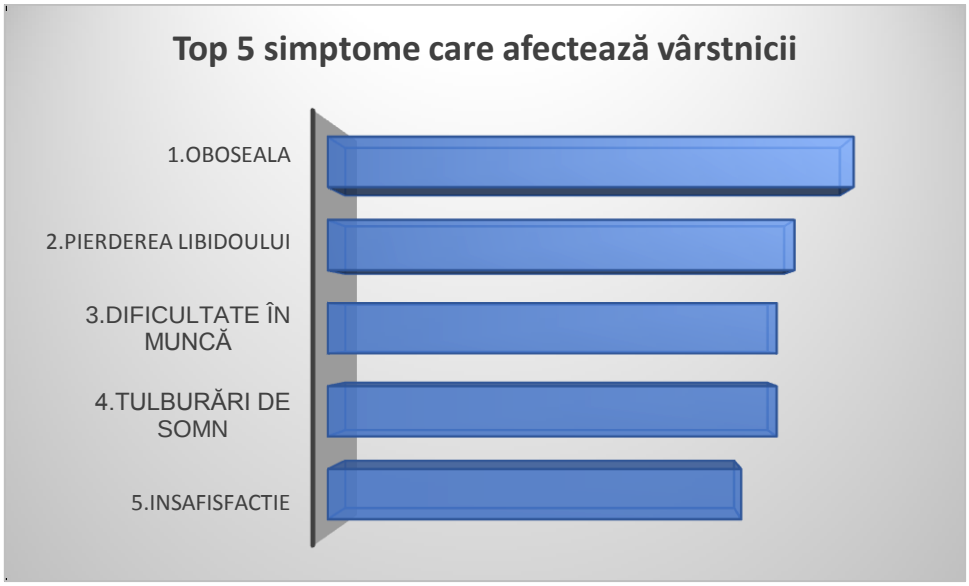


Dacă ar fi să facem un **top al primelor 5 simptome** care corespund simptomatologiei tulburărilor depresive, care au reieșit din analiza autoevaluării depresiei atât pentru persoanele vârstnice instituționalizate, cât și pentru persoanele vârstnice neinstituționalizate, pe primul loc se încadrează oboseala, urmată de pierderea libidoului, dificultățile în muncă, tulburările de somn și insatisfacția.

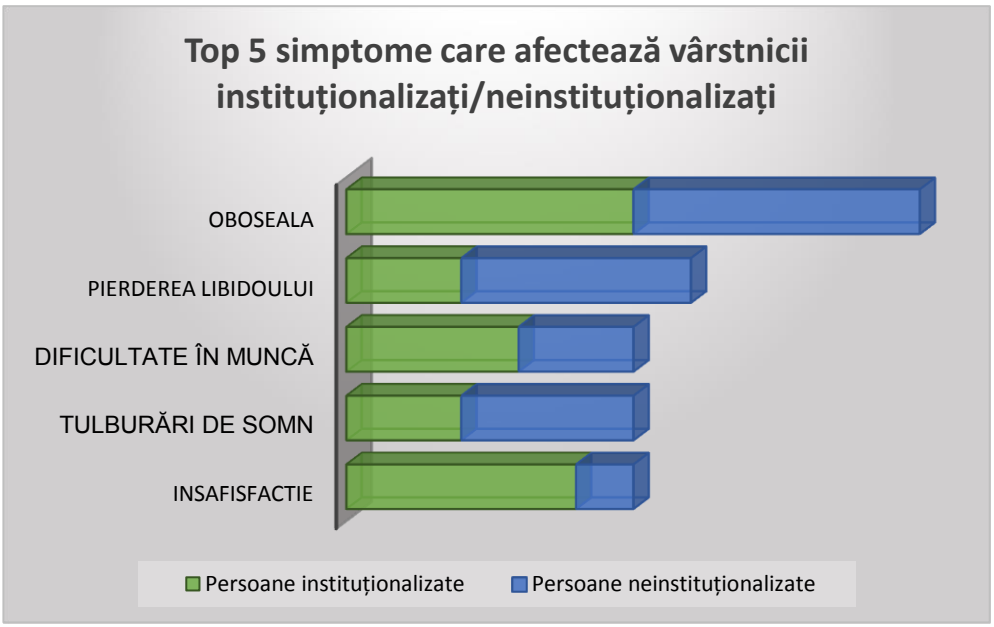
Pe categorii de persoane vârstnice intervievate, constatăm că la bătrânii instituționalizați, primele 5 locuri ale simptomatologiei tulburărilor depresive sunt ocupate de: oboseală, insatisfacție, dificultățile în muncă și, la egalitate, regăsim tulburările de somn și pierderea libidoului.

În ceea ce privește persoanele vârstnice neinstituționalizate, topul celor 5 simptome este următorul: oboseala, pierderea libidoului, tulburările de somn, dificultățile în muncă și insatisfacția.

Graficul nr. 25



Graficul nr. 26



1.3. Concluzii

Din datele obținute cu ajutorul scalei de autoevaluare a depresiei Back Depresion Inventary, am constatat diferențe mari între cele două grupe de bătrâni intervievați, astfel că majoritatea bătrânilor care locuiesc la domiciliu, în mediu familial, prezintă o depresie ușoară și slabă (65%), în timp ce bătrânii care locuiesc în cămine, majoritatea au o depresie gravă și moderată (63%).

De asemenea, se constată faptul că depresia minimă și ușoară afectează mai mult bărbații neinstituționalizați, depresia moderată afectează mai mult bărbații instituționalizați, în timp ce depresia severă afectează mai mult femeile instituționalizate.

Bătrânii instituționalizați sunt afectați în mare parte de depresia moderată și severă, din acest motiv, în urma analizei, în rândul acestora se evidențiază o profundă dezamăgire și tristețe, o atitudine pesimistă asupra vieții și un gol interior pe care nu se simt în stare să-l depășească. Vârstnicii instituționalizați se simt în mare măsură vinovați și pedepsiți, simt că își pierd controlul, dar și interesul față de alte persoane. De asemenea, simt că în mediul instituționalizat le sunt îngrădite deciziile, aceștia neputând lua nicio decizie. Totodată, imaginea de sine le este schimbată, mulți dintre ei considerând că arată urât. În proporție mare, bătrânii instituționalizați, comparativ cu bătrânii neinstituționalizați, consideră că au mari dificultăți în muncă, nemaiputând să lucreze nimic, iar tulburările de somn și oboseala sunt severe.

Un alt lucru îngrijorător este faptul că mulți dintre ei au pierdut în greutate, chiar peste 7 kg.

Starea civilă este un factor important în analiza depresiei. Se constată că persoanele care sunt căsătorite nu sunt afectate în mare parte de depresie, aceștia încadrându-se la depresia minimă sau ușoară. Nu același lucru putem spune și despre persoanele care sunt văduve, acestea încadrându-se la depresia moderată și severă. De asemenea, 65.0% din bătrânii instituționalizați au declarat că sunt văduvi, în timp ce 58.3% din bătrânii neinstituționalizați sunt căsătoriți. Constatăm că starea civilă este un factor important atunci când vârstnicii aleg să trăiască într-un mediu instituționalizat, având în vedere că mulți dintre aceștia sunt văduvi.

II. SINGURĂTATEA

2.1. Descrierea subiecților

Chestionarul elaborat ca metodă de culegere a datelor a fost aplicat și completat cu ajutorul celor 30 de consiliile județene ale persoanelor vârstnice. La cercetare fiind interogați asupra nivelului lor de singurătate 120 de vârstnici din care 60 erau instituționalizați în cămine pentru persoane vârstnice, iar 60 proveneau din mediul familial. În cadrul fiecărui lot 2 subiecți au fost de sex feminin, iar 2 de sex masculin.

Vârsta subiecților se află între categoria „59 de ani și mai puțin” și „85 de ani și peste”, iar cei mai mulți dintre aceștia s-au încadrat în media de vârstă 65 – 74 ani, după cum se poate observa și din tabelul nr. 4.

Tabelul nr. 4

Vârsta	Ponderea
59 și mai puțin	6.0%
60 - 64	14.0%
65 - 69	24.0%
70 - 74	24.0%
75 - 79	15.0%
80 - 84	13.0%
85 și peste	4.0%

De asemenea, am constatat că ponderea cea mai mare, în ceea ce privește vârstnicii instituționalizați, o regăsim la categoria de vârstă 70 - 74 ani atât în cazul bărbaților cât și în cazul femeilor. În ceea ce privește vârstnicii neinstituționalizați ponderea cea mai mare se regăsește în categoria de vârstă 65 - 69 ani atât pentru bărbați cât și pentru femei, însă este urmată la o diferență foarte mică de categoria de vârstă 70 - 74 ani.

Tabelul nr. 5

Eșantionul subiecților în funcție de criteriul vârstă și gen

Nr. Crt.	Bătrâni instituționalizați		Bătrâni neinstituționalizați	
Vârsta	**Femei**	**Bărbați**	**Femei**	**Bărbați**
59 de ani și mai puțin	7.0%	7.0%	7.0%	3.0%
60-64 ani	10.0%	14.0%	20.0%	10.0%
65-69 ani	23.0%	23.0%	20.0%	27.0%
70-74 ani	20.0%	30.0%	23.0%	23.0%
75-79 ani	20.0%	10.0%	10.0%	20.0%
80-84 ani	17.0%	13.0%	17.0%	10.0%
85 ani și peste	3.0%	3.0%	3.0%	7.0%

2.2. Prezentarea datelor

În demersul nostru de a analiza gradul de singurătate resimțit de persoanele vârstnice instituționalizate în comparație cu cele neinstituționalizate am aplicat scala singurătății elaborată de Russel și Cutrona în 1980 (Anexa 2). Pentru a evalua gradul de singurătate resimțit de către respondenți am dezvoltat un chestionar bazându-ne pe această scală de autoevaluare de tip inventor.

Scala este compusă din 20 de elemente iar în funcție de răspunsul dat, subiectul primește la fiecare întrebare un punctaj între 1 (niciodată) și 4 (întotdeauna). Punctajul final poate varia între 20 și 80 de puncte, scorurile superioare fiind reprezentative pentru sentimentul mai puternic al singurătății. Scorurile obținute sunt apoi grupate în patru scale după cum urmează:

- 1 - 20 de puncte: absența singurătății;
- 21 - 40 de puncte: singurătate normală;
- 41 - 60 de puncte: singurătate moderată;
- 61 - 80 de puncte: singurătate puternică.

Din rezultatele investigației privind nivelul de singurătate resimțit de persoanelor vârstnice instituționalizate și neinstituționalizate, a rezultat faptul că niciun vârstnic,

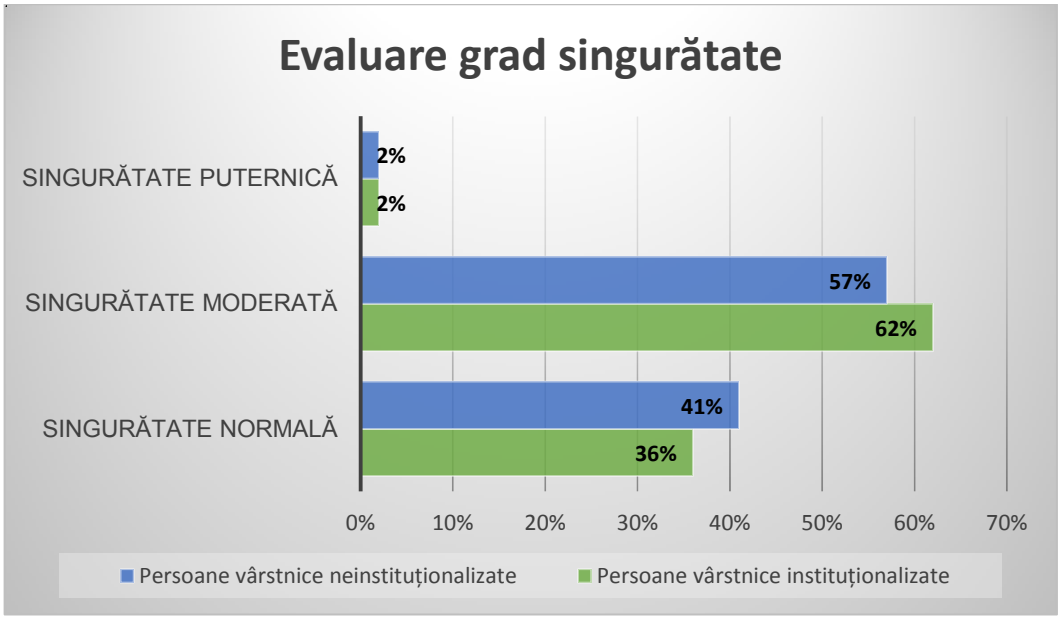
indiferent de mediul de proveniență, nu manifestă un nivel absent al singurătății. Persoanele vârstnice, atât cele instituționalizate cât și cele neinstituționalizate, în 72% din cazuri resimt puternic singurătatea, în 26% din cazuri aceasta fiind de intensitate moderată și doar 2% dintre respondenți au înregistrat un nivel puternic de singurătate.

Tabelul nr. 6

	Procent valid
Singurătate absentă	0,0%
Singurătate normală	26,0%
Singurătate moderată	72,0%
Singurătate puternică	2,0%
Total	100,0%

Comparând cele două categorii de persoane vârstnice, respectiv instituționalizate și neinstituționalizate, rezultatele privind evaluarea singurătății resimțită de subiecți sunt prezentate în graficul nr. 27.

Graficul nr. 27

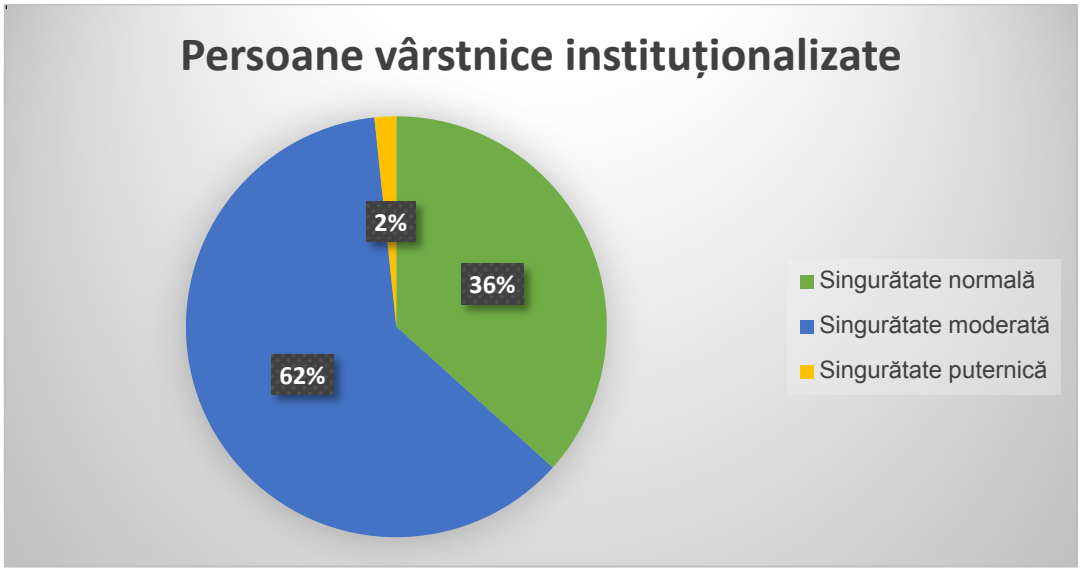


Referindu-ne separat la gradul de singurătate resimțit de subiecți se constată diferențe mici între cele două grupe de persoane vârstnice intervievate. Majoritatea vârstnicilor care locuiesc la domiciliu resimt o singurătate normală în 41% din cazuri

și moderată în 57% din cazuri. În schimb vârstnicii instituționalizați prezintă o singurătate normală în 36% din cazuri și moderată în 62% din cazuri. Ambele grupe resimt puternic sentimentul de singurătate în 2% din cazuri.

Graficul nr. 28

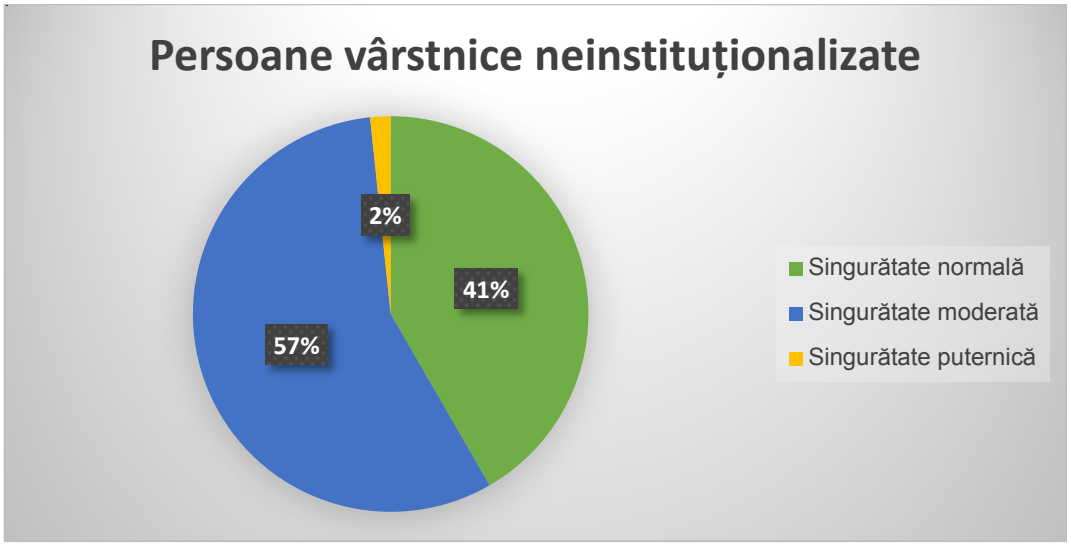
Autoevaluarea singurătății la persoanele vârstnice instituționalizate



Altfel spus, prin compararea cele două medii (domiciliu-instituție), putem constata că persoanele vârstnice instituționalizate resimt mai puternic singurătatea moderată însă cea normală se manifestă mai mult la cei neinstituționalizați.

Graficul nr. 29

Autoevaluarea singurătății la persoanele vârstnice neinstituționalizate:



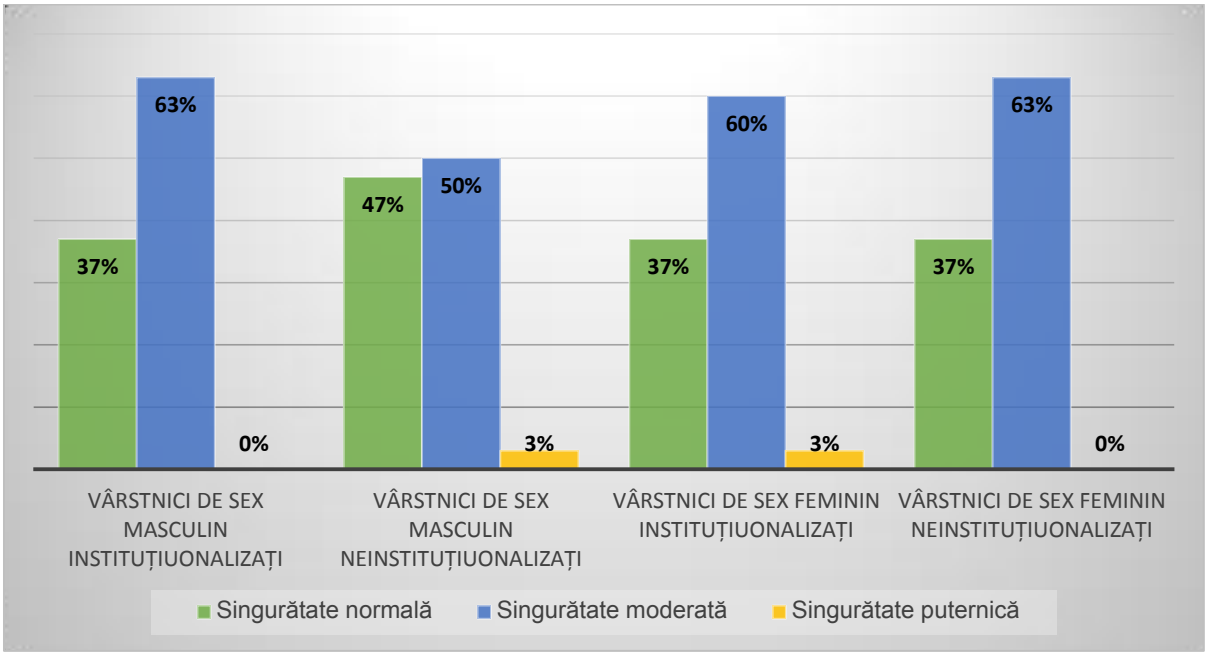
Prin urmare chiar dacă este o diferență mică între cele două medii, per ansamblu putem afirma că singurătatea este mai prezentă în rândul persoanele vârstnice instituționalizate decât în cazul celor neinstituționalizate.

De asemenea, se constată faptul că singurătatea normală se manifestă preponderent la bărbații neinstituționalizați, cea moderată afectează mai mult bărbații instituționalizați și femeile neinstituționalizate iar singurătatea puternică s-a înregistrat doar la bărbații neinstituționalizați și la femeile instituționalizate.

Cea din urmă afirmație demonstrează diferențele între sexe când vine vorba de perceperea sentimentul de singurătate. Bărbății se simt mai singuri când rămân în casa lor deoarece au tendința mult mai puternică decât femeile de a se izola, pe când într-un cămin au ocazia să socializeze și astfel să depășească această stare emoțională negativă.

Graficul nr. 30

Evaluarea gradului de singurătate al persoanele vârstnice instituționalizate și neinstituționalizate în funcție de sex:



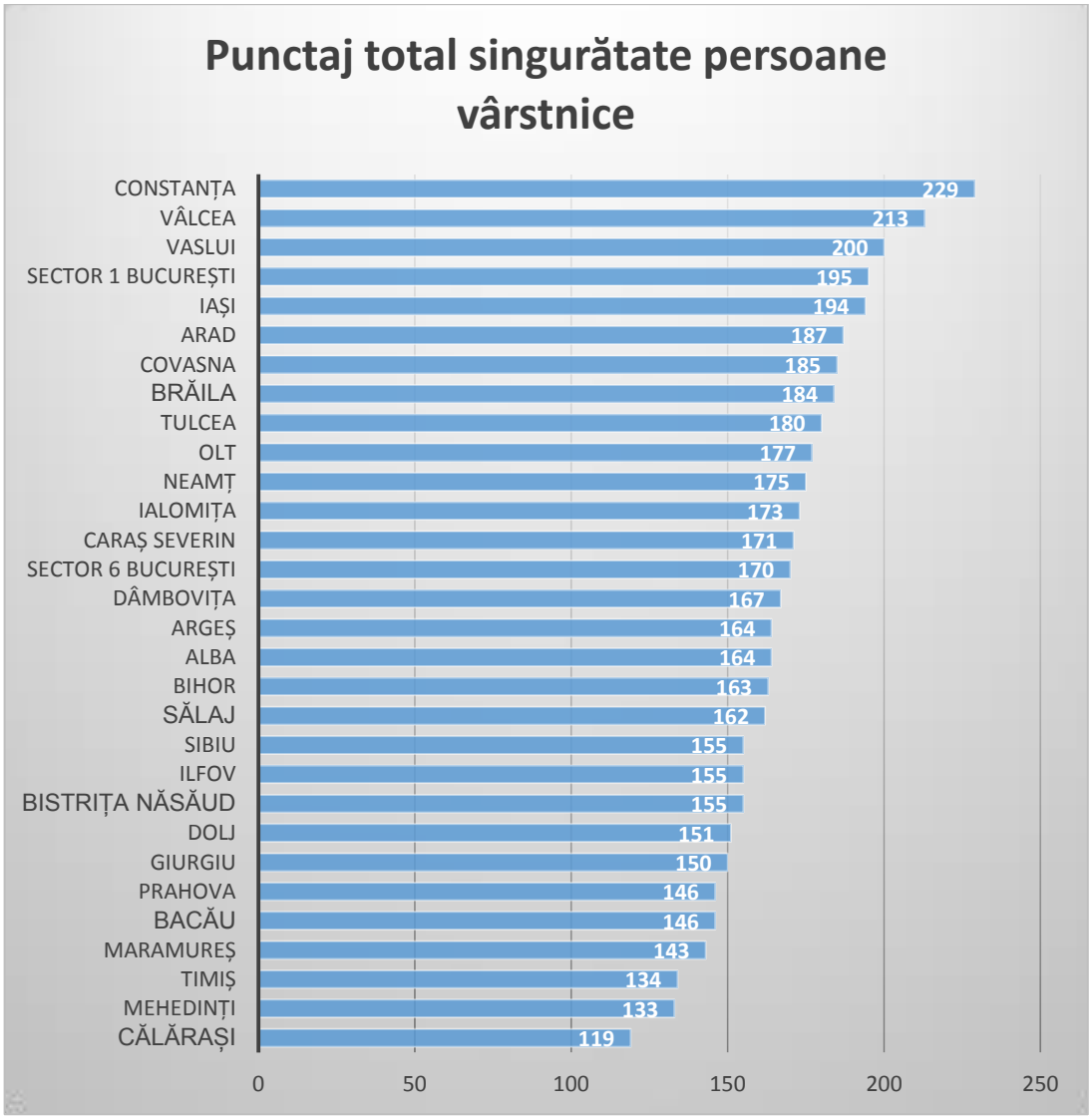
Pe județe, autoevaluarea singurătății manifestate de persoanele vârstnice intervievate (atât cele instituționalizate, cât și cele neinstituționalizate) este prezentată în tabelul nr. 7.

Tabelul nr. 7

Localitatea	Singurătate			
	Absentă	Normală	Moderată	Puternică
Alba	-	50.0%	50.0%	-
Arad	-	25.0%	75.0%	-
Argeș	-	25.0%	75.0%	-
Bacău	-	25.0%	75.0%	-
Bihor	-	-	75.0%	25.0%
Bistrița Năsăud	-	25.0%	75.0%	-
Brăila	-	75.0%	25.0%	-
Călărași	-	50.0%	50.0%	-
Caraș-Severin	-	50.0%	50.0%	-
Constanța	-	25.0%	50.0%	25.0%
Covasna	-	25.0%	50.0%	25.0%
Dâmbovița	-	25.0%	75.0%	-
Dolj	-	100.0%	-	-
Giurgiu	-	25.0%	75.0%	-
Ialomița	-	25.0%	75.0%	-
Iași	-	50.0%	50.0%	-
Ilfov	-	50.0%	50.0%	-
Maramureș	-	25.0%	75.0%	-
Mehedinți	-	50.0%	50.0%	-
Neamț	-	25.0%	75.0%	-
Olt	-	50.0%	50.0%	-
Prahova	-	50.0%	50.0%	-
Sălaj	-	50.0%	50.0%	-
Sibiu	-	75.0%	25.0%	-
Timiș	-	25.0%	75.0%	-
Tulcea	-	25.0%	75.0%	-
Vaslui	-	25.0%	75.0%	-
Vâlcea	-	75.0%	25.0%	-
Sector 1 București	-	25.0%	75.0%	-
Sector 6 București	-	50.0%	50.0%	-

Așa cum am afirmat anterior nici un județ nu a fost caracterizat de absența singurătății, acesta fiind și motivul pentru care în reprezentările noastre grafice am omis această scală a singurătății. Însă constatăm că județele Bihor, Constanța și Covasna sunt singurele unde singurătatea este resimțită la un nivel puternic, în rest aceasta nefiind prezentă. În 10 județe (Alba, Călărași, Caraș-Severin, Iași, Ilfov, Mehedinți, Olt, Prahova, Sălaj și Sector 6 București) persoanele vârstnice au răspuns că resimt în proporții egale de 50% atât singurătatea normală cât și cea moderată. Iar singurul județ unde vârstnicii resimt doar un grad normal de singurătate, este Dolj.

Graficul nr. 31

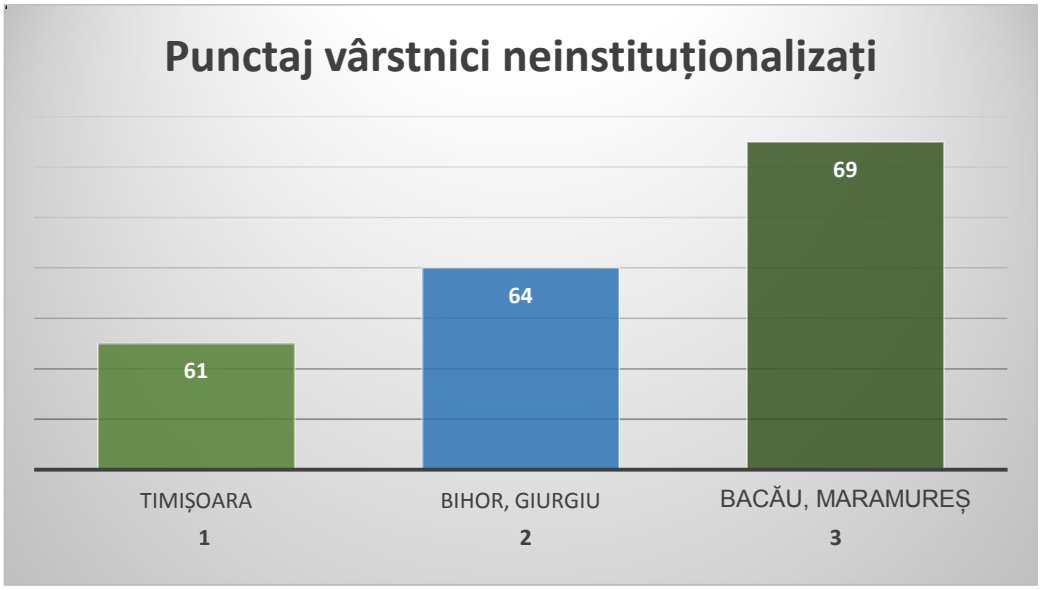


Pentru a putea face un clasament mai clar al județelor unde atât persoanele vârstnice instituționalizate cât și cele neinstituționalizate se simt cel mai singure, este nevoie să apelăm la baza de date cu punctajul obținut de fiecare respondent înainte de a fi încadrat în cele 4 scale de autoevaluare a singurătății. Această situație este redată de graficul nr. 31.

După cum se poate observa din reprezentarea grafică de mai jos în județul Timișoara vârstnicii neinstituționalizați se simt cel mai puțin singuri, județele Bihor și Giurgiu sunt pe locul 2 având același punctaj și aceeași situație se regăsește și pe poziția a treia unde se află la egalitate județul Bacău și Maramureș.

Graficul nr. 32

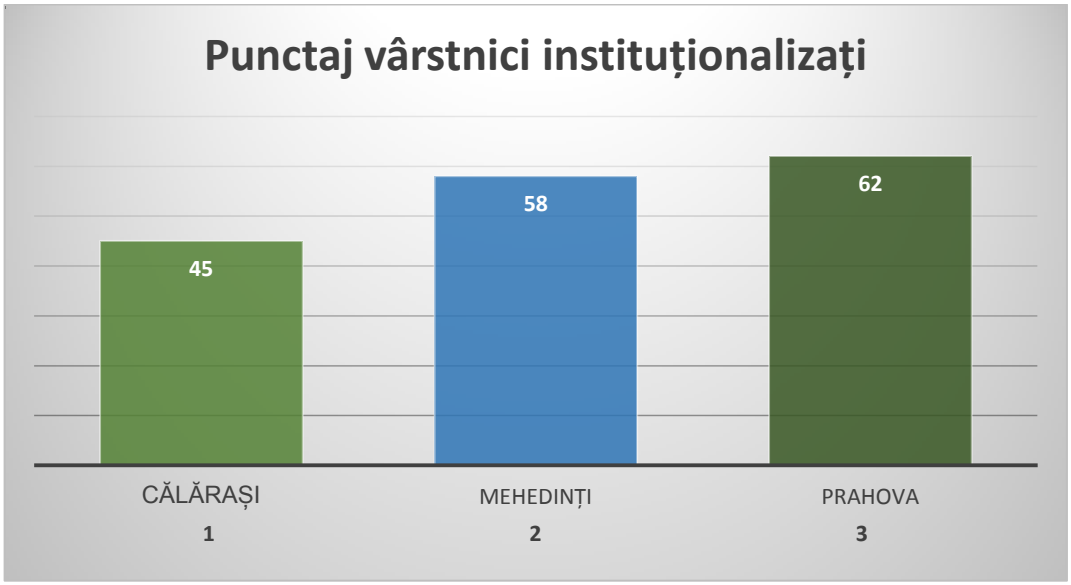
Top 3 județe unde vârstnicii neinstituționalizați se simt cel mai puțin singuri



După cum se poate observa din reprezentarea grafică de mai sus în județul Timișoara vârstnicii neinstituționalizați se simt cel mai puțin singuri, județele Bihor și Giurgiu sunt pe locul 2 având același punctaj și aceeași situație se regăsește și pe poziția a treia unde se află la egalitate județul Bacău și Maramureș.

Graficul nr. 33

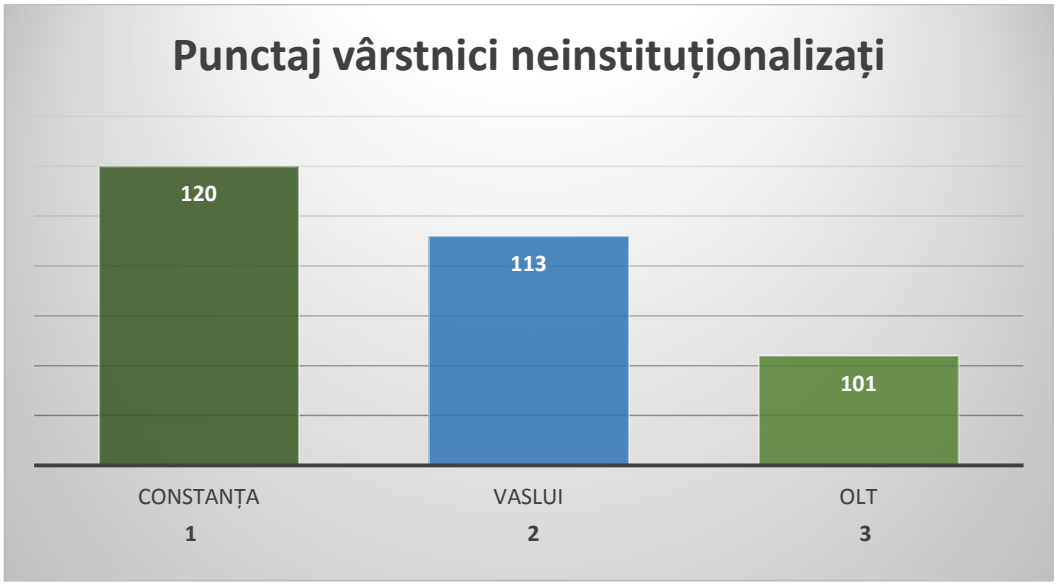
Top 3 județe unde vârstnicii instituționalizați se simt cel mai puțin singuri



Însă când vorbim despre gradul cel mai mic de singurătate resimțit de persoanele vârstnice instituționalizate pe primele 3 locuri se află alte județe, și anume: Călărași, Mehedinți și Prahova.

Graficul nr. 34

Top 3 județe unde vârstnicii neinstituționalizați se simt cel mai singuri

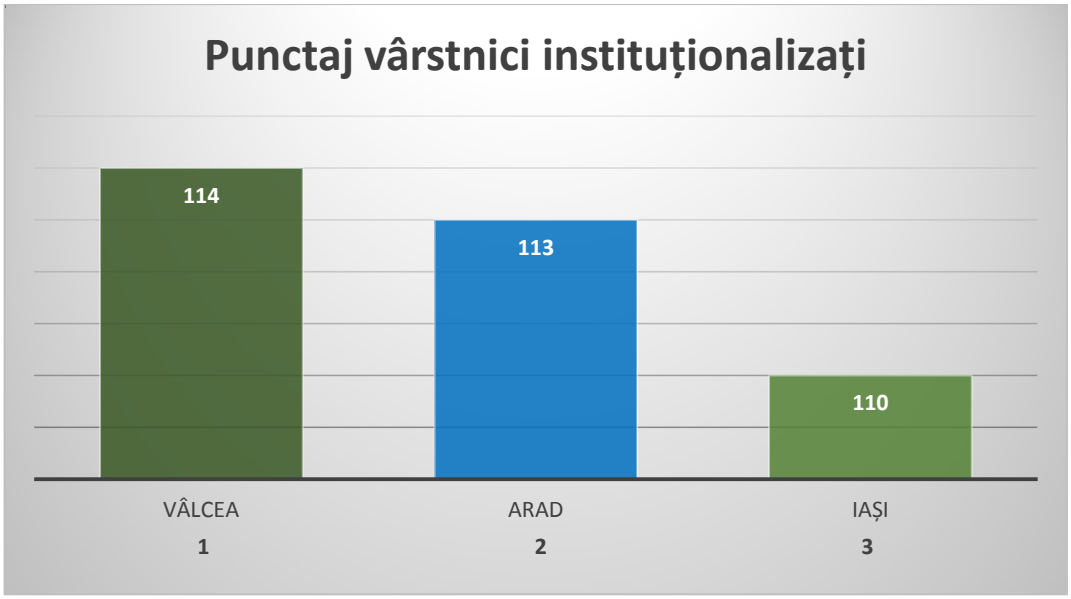


Cele mai singure persoane vârstnice neinstituționalizate se află în județul Constanța, urmat de Vaslui și Olt. Când vorbim despre topul județelor unde

persoanele vârstnice neinstituționalizate se simt cel mai singure avem următorul clasament: Vâlcea, Arad și Iași.

Graficul nr. 35

Top 3 județe unde vârstnicii instituționalizați se simt cel mai singuri



Dacă ne referim la punctajul fiecărui vârstnic intervievat constatăm că în județul în județul Giurgiu a fost obținut cel mai mic scor: 21 de puncte, iar în județul Vaslui cel mai mare punctaj: 64.

Dacă am dori să le facem un profil al acestora, putem afirma că punctajul cel mai mic (cu cel mai mic grad de singurătate resimțit) îi aparține unei persoane vârstnice de sex masculin, neinstituționalizată, cu vârsta cuprinsă în intervalul 75-79, are studii postliceale, este văduv și locuiește singur în municipiul Giurgiu.

Vârstnicul care se simte cel mai singur (are cel mai mare grad de singurătate resimțit) dintre toți cei intervievați este tot de sex masculin, neinstituționalizat, cu vârsta cuprinsă în intervalul 80-84, are studii superioare, este văduv și locuiește singur în municipiul Bârlad.

2.3. Concluzii

În urma aplicării chestionarului bazat pe scala singurătății elaborată de Russel și Cutrona am constatat că toți cei intervievați manifestă un tip de singurătate, nici unul nu a obținut punctajul minim care să confirme absența sentimentului de

singurătate. Majoritatea vârstnicilor care locuiesc în cămine resimt mai puternic singurătatea moderată (63%), iar cea normală se manifestă mai mult la cei neinstituționalizați (41%). Prin urmare, analizând scorurile obținute de subiecții din cele două medii (domiciliu-instituție), putem afirma că singurătatea este mai prezentă în rândul persoanele vârstnice instituționalizate.

Având în vedere diferența mică dintre cele două medii (domiciliu - instituție) în ceea ce privește percepția sentimentului de singurătate, constatăm că singurătatea este mai degrabă o caracteristică a persoanelor vârstnice decât a mediului de rezidență. Persoanele vârstnice se simt singure, chiar și cei instituționalizați, deoarece indiferent dacă sunt înconjurați de alți vârstnici ei simt lipsa familiei. Cea mai bună îngrijire pe care o poate primi un vârstnic vine din partea familiei, iar pentru ca aceștia să nu se mai simtă singuri, indiferent dacă sunt instituționalizați sau nu, au nevoie de suportul familiei.

În final putem spune că pentru a evita singurătatea, orice om are nevoie atât de un anturaj social cât și de un atașament intim. Lipsa unuia dintre aceste două elemente te poate face să te simți singur.

CAPITOLUL 4

Concluzii

Schimbările majore suferite de persoanele vârstnice odată cu trecerea anilor precum: ieșirea la pensie, moartea partenerului de viață, izolarea de cei din jur, sau problemele medicale, își pun amprenta asupra lor. Efectele imediate ale acestor evenimente îi fac pe bătrâni să își piardă pofta de viață, energia, apetitul, somnul și duc la probleme majore de sănătate.

Singurătatea este o stare ce îndeamnă la depresie și după cum putem observa și din datele obținute în cercetarea noastră, avem de a face cu o populație vârstnică majoritar singură indiferent dacă sunt instituționalizați sau neinstituționalizați.

În general la vârsta a treia se remarcă o modificare a proceselor afective, dar aceasta modificare poate fi accentuata de mediul de viață, instituționalizarea având un impact negativ asupra psihicului bătrânilor.

Există diferențe semnificative între bătrânii instituționalizați și bătrânii neinstituționalizați în principal la nivelul depresiei, aceasta afectând în pondere mult mai mare persoanele care provin din mediul instituționalizat.

La nivelul singurătății, constatăm că singurătatea este mai degrabă o caracteristică a persoanelor vârstnice, decât a mediului de rezidență. Persoanele singure pot fi afectate mai des de depresie: cu cât te simți mai singur, cu atât există un risc mai mare de a prezenta simptome de depresie.

Există, de asemenea, diferențe între femeile și bărbații vârstnici - pe categoriile analizate - în privința sentimentului de singurătate, acesta prezentând un nivel mai ridicat în rândul bărbaților instituționalizați și femeilor neinstituționalizate.

Ținând cont de aceste constatări, dar și de literatura de specialitate privind aceasta categorie de vârsta, privind problemele cu care se confruntă, atât de natură socială, psihologică cât și educaționala, consideram necesar a nu rămâne doar la aspect constatativ, ci a gândi asupra unor direcții de intervenție privind ameliorarea în parte a problemelor senectuții.

Deficitul de resurse financiare existent la nivelul țării în ultimii ani, și-a pus puternic amprenta asupra condiției sociale a populației vârstnice, înregistrându-se scăderi ale veniturilor reale și involuții de ordin calitativ.

Problemele de natură socială au afectat și domeniul serviciilor educative oferite persoanelor de vârsta a treia, fie prin faptul că se reduc la o arie restrânsa de activități, fie prin faptul că, bătrânii copleșiți de lipsurile lor, sunt greu de antrenat în astfel de activități.

Am putea concluziona prin considerarea ca nucleul preocupărilor pentru punerea în formă a unei educații pentru vârsta a treia îl constituie respectul pentru ființa umana, indiferent de anii de viață. Omul nu își pierde valoarea specifică odată cu trecerea anilor. Persoanele vârstnice merită respectul, atenția, grija semenilor săi, după cum poate avea și recunoașterea implicării în promovarea acestor valori printre ceilalți.

CAPITOLUL 5

Propuneri

Pentru ca vârstnicii noștri să nu sufere, sau să sufere mai puțin, de singurătate sau depresie, este necesar ca atât autoritățile, organizațiile nonguvernamentale și fiecare dintre noi să ne implicăm și să aducem o schimbare. În acest sens propunem:

- Elaborarea unei legi cadru a persoanelor vârstnice deoarece Legea nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice nu acoperă întreaga problematică a persoanelor vârstnice;
- Alocarea de fonduri pentru stabilirea de alocații familiale pentru persoanele vârstnice cu venituri reduse aflate în situație de dependență, prin această măsură stimulându-se menținerea la domiciliu a persoanelor vârstnice și sprijinirea îngrijitorilor informali ca formă de suplinire a deficitului de servicii sociale;
- Educarea prin campanii la nivelul țării a îngrijitorilor informali pentru a veni în ajutorul persoanelor vârstnice;
- Campanii pentru păstrarea unei mai bune relații a familiei cu vârstnicii lor, după ce au fost instituționalizați, prin vizite și apeluri telefonice mai dese;
- Realizarea unor baze de date cu persoanele vârstnice cu risc ridicat de marginalizare și excluziune socială la nivelul fiecărei autorități locale, pentru o bună identificare și ajutoare a acestora;
- Recrutarea, instruirea și calificarea personalului pentru lucrul cu persoanele vârstnice în mod special;
- Susținerea implicării active a persoanelor vârstnice în viața socială prin implicarea acestora în activități de informare, culturale, educative, de voluntariat, și bineînțeles la nivel decizional;
- Elaborarea de programe naționale pentru prevenirea stării de dependență;
- Dezvoltarea rețelei medicilor geriatri, singurii medici care au specializarea adecvată prevenției, diagnosticării și tratării bolilor specifice îmbătrânirii;

- Stimularea medicilor de familie în vederea susținerii programelor de acordare a asistenței medicale la domiciliu;
- Majorarea fondurilor alocate furnizorilor de servicii medicale de îngrijire la domiciliu pentru dezvoltarea serviciilor de acest gen pe teritoriul întregii țări;
- Dezvoltarea, în cadrul căminelor de bătrâni, de politici și programe cu privire la umplerea timpului liber al vârstnicilor pentru a le întări sentimentul de utilitate și de incluziune socială cu scopul prevenirii depresiei și singurătății;
- Organizarea de spectacole gratuite și excursii pentru pensionari de către instituțiile și organizațiile pentru bătrâni;
- Elaborarea de programe destinate educației vârstnicilor pentru remedierea problemelor cu care aceștia se confruntă, indiferent de natura lor. Obiectivele unor astfel de programe ar putea sa vizeze:
  - ✓ Servicii de consiliere care privesc următoarele obiective:
    - acordarea sprijinului emoțional persoanelor care trăiesc experiențe noi: separarea de grupul de colegi, de mediul de muncă, accentuarea sentimentului inutilității, însingurării, datorat întreruperii activității, agravarea unor afecțiuni și chiar pierderea partenerului de viață;
    - reducerea stresului prin oferirea suportului emoțional.
  - ✓ Servicii cu caracter de protecție care au ca obiectiv:
    - sprijinirea vârstnicilor pentru a achiziționa și consolida deprinderile funcționale necesare supraviețuirii într-un mediu restrictiv.
  - ✓ Servicii cu caracter juridic care au ca obiective:
    - apărarea drepturilor vârstnicilor.

Bibliografie

- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J., An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4, 561- 571, 1961;
- Fontaine, Roger, Psihologia îmbătrânirii, Polirom, Iaşi, 2008;
- Harman, Denham. Aging: Phenomena and Theories Downloaded from gerontologist.oxfordjournals.org at Central University Library of Bucharest on September 23, 2011;
- Nechita, Marius, Resurse şi nevoi la persoanele de vârsta a treia, Editura Universităţii de Nord, Baia Mare, 2008;
- Russell, D , Peplau, L. A.., & Cutrona, C. E., The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminate validity evidence. Journal of Personality and Social Psychology, 39, 472-480, 1980
- Schroots, Johannes J. F., Theoretical Developments in the Psychology of Aging The Gerontological Society of America The Cerontologist Vol. 36, No. 6, 742-748, 1996;
- Vrasti R, Eisemann M, Depresii - Noi Perspective, All Publ., București,1996 ;
- Legea nr 17/2000 privind asistenta sociala a persoanelor vârstnice;
- Legea asistenței sociale nr. 292/20.12.2011;
- Hotărârea nr. 886 din 5 octombrie 2000 pentru aprobarea Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice.

Anexe

Anexa nr.1 : Cadrul legislativ instituționalizare vârstnici

Bătrânețea este tratată ca o stare, marcată de diminuarea capacităților fizice și intelectuale ale persoanei vârstnice ceea ce presupune apariția nevoilor specifice, necesitatea evaluării acestora și încadrarea în grade de dependență (autonom, semidependent și dependent).

În procesul îmbătrânirii apar transformări dăunătoare (senescența) și benefice. Deși vârsta înaintată se asociază cu scăderi progresive ale performanțelor funcționale, cercetările au demonstrat că există o mare variabilitate in modul de deteriorare a funcțiilor organismului în funcție de transmiterea genetică, de particularitățile biologice, și de factorii care au influențat viața individului - sociali, psihologici, de mediu (Harman, 2006). Avansarea declinului funcțional se realizează până la un anumit prag, urmat de decompensarea la nivelul unor sisteme relevante. Reducerea progresivă a rezervei funcționale limitează capacitatea de răspuns a organismului la acțiunea stimulilor interni și externi (Fontaine, 2008; Schroots, 1996).

Scăderea capacităților fizice, psihice, funcționale, competențelor și resurselor vârstnicului determină apariția unei game de nevoi specifice. Astfel, declinul funcțional al organismului, deteriorarea stării de sănătate (apariția afecțiunilor acute sau cronice) determină nevoi medicale (tratament, asistență medicală), de îngrijire și supraveghere conform restartului funcțional al fiecărei persoane. Instalarea stării de semidependență sau de dependență, care presupune pierderea parțială sau totală a autonomiei, determină nevoia de ajutor din partea altei persoane, în raport cu potențialul evolutiv al fiecărei afecțiuni diagnosticate. Câmpul social diminuat după pensionare, restrângerea sferei sociale și culturale, favorizează scăderea interacțiunilor dintre vârstnic și alte persoane, conturându-se nevoia de companie și interacțiuni sociale mai ales în cazul persoanelor singure, fără rețea familială. De asemenea apar probleme legate de adaptarea la noul rol, rezultând nevoi de asistare psihologică, nevoi de sprijin afectiv, emoțional din partea rețelei familiale și sociale, probleme economice determinate de scăderea venitului – nevoi economice. Lipsa sau pierderea locuinței proprii, deteriorarea acesteia, lipsa utilităților, a accesului la

serviciile sociale și medicale, lipsa transportului, neadaptarea spațiului la nevoile speciale ale persoanei determină apariția nevoilor determinate de izolare, de lipsa sprijinului și suportului necesar. Problemele sociale (izolare și excluziune socială, discriminare, ageism, singurătate) determină nevoi de natură medicală, socio-medicală și psiho-afectivă. Din ultimul tip de nevoi menționăm lipsa de companie a vârstnicului, a activităților recreative, implicării civice, utilității sociale. Singurătatea și excluziunea socială determină nevoia de apartenență, de relaționare, de a avea o viață caracterizată de sens și de demnitate.

Nesatisfacerea acestor nevoi determină deteriorarea stării de sănătate fizică și psihică, scăderea calității vieții. (Nechita, 2008)

Legislația în vigoare reglementează raporturile dintre nevoile persoanelor vârstnice și modul de satisfacere a acestora. Astfel, Legea nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, clasifică nevoile vârstnicilor în funcție de autonomia persoanei: nevoi de natură medicală, sociomedicală și psihoafectivă. Aceste nevoi sunt evaluate conform criteriilor stabilite prin Hotărârea nr. 886/2000 pentru aprobarea Grilei Naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice, persoana fiind încadrată într-unul dintre cele 3 grade de dependență: autonom, semidependent și dependent. Fiecărei dintre aceste încadrări îi corespunde un anumit restart funcțional care permite persoanei să realizeze anumite activități de bază ale vieții zilnice și activități instrumentale. Evaluarea gradului de autonomie, coroborat cu situația economică și socială a persoanei permite stabilirea tipurilor de servicii recomandate pentru a fi acordate la domiciliu sau în cămine pentru persoanele vârstnice în vederea satisfacerii nevoilor persoanei vârstnice.

Un aspect important in acordarea serviciilor îl constituie respectarea etapelor acestora: evaluarea inițială, elaborarea planului de intervenție; evaluarea complexă; elaborarea planului individualizat de asistență și îngrijire; implementarea măsurilor prevăzute în planul de intervenție și în planul individualizat; monitorizarea și evaluarea acordării serviciilor (Legea nr. 292/2011). În parcurgerea acestor etape, beneficiarul are un rol activ, inclusiv de alegere a furnizorului de servicii acreditat care poate acoperi parțial sau total nevoile identificate. Textul legii menționează în mod expres persoanele vârstnice dependente, care beneficiază de servicii de îngrijire personală asigurate la domiciliu sau in centre rezidențiale (în situația în care nu este posibil menținerea acestora la domiciliu) precum și îngrijirile de lungă durată.

Categoria persoanelor vârstnice care pot beneficia de servicii și prestații sociale este precizată de Legea nr. 17/2000. Conform prevederilor art. 3, lit. a-e, vârstnicii pot beneficia de servicii și prestații sociale dacă se află in una dintre următoarele situații:

- nu au familie sau persoane obligate legal la întreținerea lor;
- nu au locuință sau posibilități financiare și materiale proprii pentru asigurarea condițiilor de locuit;
- nu dispun de venituri proprii sau acestea sunt insuficiente asigurării îngrijirii necesare;
- nu se pot gospodări singuri sau necesită îngrijire specializată; nu își pot asigura nevoile socio-medicale datorită afecțiunilor sau stării fizice și psihice.

Serviciile de îngrijire adresate persoanelor vârstnice vizează satisfacerea unei game variate de nevoi, astfel încât să le asigure maximul de autonomie și siguranță.

Criteriile de prioritate pe baza cărora se facilitează internarea într-un cămin de persoane vârstnice sunt:

- necesită îngrijire medicală permanentă deosebită, care nu poate fi asigurată la domiciliu (ex: demențele senile, persoanele imobilizate, care posedă o polipatologie ce necesită un tratament medical sub supravegherea personalului medical, etc);
- nu se poate gospodări singură (ex: necesită ajutor total sau parțial pentru majoritatea nevoilor zilnice);
- este lipsită de susținători legali sau aceștia nu pot să își îndeplinească obligațiile datorită stării de sănătate sau situației economice și a sarcinilor familiale (ex: persoane cu sindroame cronice, care nu pot depune efort nici pentru îngrijirea propriei persoane și nici pentru un alt membru al familiei, persoane care sunt în vârstă și nu fac față îngrijirii altei persoane, etc.);
- nu are locuință și nu realizează venituri proprii (ex: persoane care au fost evacuate în urma retrocedării proprietăților, etc.).

Potrivit Legii 17/2000, persoanele vârstnice care au venituri proprii și sunt îngrijite în căminele de persoane vârstnice, precum și susținătorii legali ai acestora

au obligația să plătească lunar o contribuție de întreținere stabilită, pe baza costului mediu lunar de întreținere, de către consiliile locale sau județene, anual, înainte de adoptarea bugetelor proprii. Aceste sume care provin din contribuțiile de întreținere constituie venituri extrabugetare ale căminelor pentru persoane vârstnice.

Aprobarea, respingerea, încetarea sau suspendarea dreptului de asistență socială pentru persoanele vârstnice, prevăzute de legea 17/2000 se face astfel:

- de către primar, pentru serviciile de asistență socială organizate pe plan local, pentru îngrijirea în căminele aflate în administrare și pentru îngrijirea la domiciliu;
- de către directorul general al direcției de muncă, solidaritate socială și familie județene și a municipiului București, pentru asistență socială acordată de asociațiile și fundațiile române și de unitățile de cult recunoscute în România, care au primit transferuri din fondurile gestionate de Ministerul Muncii, Familiei, Solidarității Sociale și .

Finanțarea acestor servicii se asigură, conform Legii 17/2000, pe principiul împărțirii responsabilității între administrația publică centrală și cea locală.

Anexa nr.2 : CHESTIONAR 1

Acest chestionar este format din grupuri de afirmații. Vă rugăm să citiți cu atenție întregul grup de afirmații din fiecare categorie de la nr. A la nr. V. Apoi vă rugăm să alegeți din fiecare categorie acea afirmație care descrie cel mai bine starea dvs. din acest moment. Încercuiți cifra corespunzătoare. Dacă mai multe afirmații dintr-un grup par să se potrivească, alegeți numai una. Înainte de a alege, asigurați-vă că ați citit fiecare afirmație. Vă mulțumim!

❖ **A**
0. Nu mă simt trist.
1. Mă simt trist.
2. Sunt trist tot timpul și nu pot scapă de tristețe.
3. Sunt atât de trist și nefericit încât nu mai pot suporta.

❖ **B**
0. Viitorul nu mă descurajează.
1. Mă simt descurajat când mă gândesc la viitor.
2. Simt că nu am ce aștepta de la viitor.
3. Simt că viitorul este fără speranță și nimic nu se mai poate îndrepta.

❖ **C**
0. Nu am sentimentul ratării.
1. Simt că am avut mai mult ghinion decât persoanele din jur.
2. Daca îmi privesc viața retrospectiv o văd ca pe o totalitate de eșecuri.
3. Mă simt complet ratat ca persoană.

❖ **D**
0. Obțin aceeași satisfacție din lucruri ca și înainte.
1. Nu mă mai bucur de lucruri ca înainte.
2. Nu mai obțin o satisfacție reală din nimic.
3. Sunt nesatisfăcut sau plictisit de orice.

❖ **E**
0. Nu mă simt în mod particular vinovat cu nimic.
1. Mă simt vinovat o buna parte a timpului.
2. Mă simt vinovat majoritatea timpului.
3. Mă simt tot timpul vinovat.

❖ **F**
0. Nu simt să fiu pedepsit.
1. Simt că s-ar putea să fiu pedepsit.
2. Aștept să fiu pedepsit.
3. Simt că sunt pedepsit.

❖ **G**

0. Nu sunt nemulțumit de mine.
1. Sunt nemulțumit de mine.
2. Sunt dezgustat de mine însumi.
3. Mă urăsc.

❖ **H**

0. Nu cred să fiu mai rău decât alții.
1. Mă critic pentru slăbiciunile și greșelile mele.
2. Mă blamez tot timpul pentru greșelile mele.
3. Mă acuz pentru tot ce se întâmplă rău.

❖ **I**

0. Nu am nici o idee de sinucidere.
1. Am idei de sinucidere dar nu vreau să le pun în aplicare.
2. Mi-ar place sa mă sinucid.
3. M-aș sinucide dacă aș avea ocazia să o fac.

❖ **J**

0. Nu țip mai mult decât de obicei.
1. Acum țip mai mult decât înainte.
2. Țip tot timpul.
3. Obișnuiam să strig dar acum nu mai pot chiar dacă aș vrea.

❖ **K**

0. Nu sunt mai nervos decât înainte.
1. Mă plictisesc și mă enervez mult mai ușor decât înainte.
2. În prezent mă simt tot timpul iritat.
3. Lucrurile care mă iritau înainte nu mă mai enervează în prezent.

❖ **L**

0. Nu mi-am pierdut interesul fată de ceilalți oameni.
1. Ceilalți oameni mă interesează mai puțin decât înainte.
2. Mi-am pierdut interesul față de ceilalți oameni.
3. Mi-am pierdut orice interes față de ceilalți.

❖ **M**

0. Mă hotărăsc tot la fel de ușor ca înainte.
1. Iau deciziile cu mai mare greutate decât înainte.
2. Am mari dificultăți în a mă hotărâ.
3. Nu pot lua nici o decizie.

❖ **N**

0 .Nu cred că arat mai rău decât înainte.
1. Sunt supărat că arat bătrân și neatractiv.
2. Simt ca modificările permanente în felul cum arat mă fac neatractiv.
3. Cred că arăt urât.

❖ **O**

0. Pot lucra tot atât de bine ca și înainte.
1. Fac un efort suplimentar când încep să lucrez ceva.
2. Trebuie să mă forțez ca să fac ceva.
3. Nu mai pot lucra nimic.

❖ **P**

0. Dorm ca și înainte.
1. Nu mai pot dormi cum dormeam.
2. Mă trezesc cu 1-2 ore mai repede și readorm greu.
3. Mă trezesc cu câteva ore mai repede și nu mai pot readormi.

❖ **R**

0. Nu obosesc mai repede ca înainte.
1. Obosesc mai repede ca înainte.
2. Obosesc fără să fac aproape nimic.
3. Sunt prea obosit ca să fac ceva.

❖ **S**

0. Apetitul meu nu e mai diminuat ca înainte.
1. Pofta mea de mâncare nu e mai buna ca înainte.
2. Apetitul meu este mult mai rău acum.
3. Nu mai am deloc pofta de mâncare.

❖ **T**

0. Nu am scăzut în greutate deloc sau aproape deloc.
1. Am pierdut în greutate peste 3 kg.
2. Am pierdut în greutate peste 5 kg.
3. Am pierdut în greutate peste 7 kg.

❖ **U**

0. Nu sunt mai îngrijorat decât până acum în legătură cu sănătatea mea fizica.
1. Mă îngrijorează starea mea fizica.
2. Sunt îngrijorat pe problemele mele fizice și nu mă pot gândi la altceva decât cu greutate.
3. Sunt atât de îngrijorat de starea mea fizica încât nu mă pot gândi la nimic altceva.

❖ **V**

0 Nu simt nici o modificare în interesul pentru sexul opus.
1. Sexul opus mă interesează mai puțin.
2. Sexul opus mă interesează mult mai puțin.
3. Mi-am pierdut orice interes față de sexul opus.

Date socio demografice:

1. Sexul:

Masculin	1	Feminin	2

2 . Vârsta:

1	59 ani şi mai puţin	
2	60-64	
3	65-69	
4	70-74	
5	75-79	
6	80-84	
7	85 şi peste	

3. Starea civilă actuală:

1	Necăsătorit	
2	Căsătorit	
3	Concubinaj	
4	Divorţat	
5	Văduv	

4. Locuiţi:

1	Singur	
2	Cu soţul/soţia	
3	Copiii	
4	Cu alte persoane.....	
5	Instituționalizat (cămin)	
6	Neinstituționalizat (acasă)	

5. Care este ultima şcoală pe care aţi absolvit-o?

1	Nici o clasă	
2	Mai puţin de 7 clase	
3	7 – 8 clase	
4	10 clase	
5	Şcoală profesională	
6	Liceul	
7	Şcoală postliceală	
8	Învăţământ superior	

6. Judeţul:_____

7. Localitatea:_____

Anexa nr.3 : CHESTIONAR 2

Vă rugăm să completați chestionarul de mai jos încercuind varianta de răspuns corespunzătoare stării dumneavoastră (încercuiți o singură variantă de răspuns la fiecare întrebare). Vă mulțumim!

1. Cât de des te simți în acord cu cei din jurul tău?

1 = niciodată; 2 = câteodată; 3 = deseori; 4 = întotdeauna

2. Cât de des simți că îți lipsește compania cuiva?

1 = niciodată; 2 = câteodată; 3 = deseori; 4 = întotdeauna

3. Cât de des simți că nu este nimeni care să te sprijine?

1 = niciodată; 2 = câteodată; 3 = deseori; 4 = întotdeauna

4. Cât de des te simți singur (ă)?

1 = niciodată; 2 = câteodată; 3 = deseori; 4 = întotdeauna

5. Cât de des simți că faci parte dintr-un grup de prieteni?

1 = niciodată; 2 = câteodată; 3 = deseori; 4 = întotdeauna

6. Cât de des simți că ai multe în comun cu cei din jurul tău?

1 = niciodată; 2 = câteodată; 3 = deseori; 4 = întotdeauna

7. Cât de des simți că nu poți fi apropiat mai mult timp de cineva?

1 = niciodată; 2 = câteodată; 3 = deseori; 4 = întotdeauna

8. Cât de des simți că părerile tale nu îi interesează pe ceilalți?

1 = niciodată; 2 = câteodată; 3 = deseori; 4 = întotdeauna

9. Cât de des te simți sociabil și prietenos?

1 = niciodată; 2 = câteodată; 3 = deseori; 4 = întotdeauna

10. Cât de des te simți apropiat de ceilalți oameni?

1 = niciodată; 2 = câteodată; 3 = deseori; 4 = întotdeauna

11. Cât de des te simți dat la o parte?

1 = niciodată; 2 = câteodată; 3 = deseori; 4 = întotdeauna

12. Cât de des simți că relațiile tale cu ceilalți nu sunt importante pentru tine?

1 = niciodată; 2 = câteodată; 3 = deseori; 4 = întotdeauna

13. Cât de des simți că nimeni nu te cunoaște bine?

1 = niciodată; 2 = câteodată; 3 = deseori; 4 = întotdeauna

14. Cât de des te simți izolat de ceilalți?

1 = niciodată; 2 = câteodată; 3 = deseori; 4 = întotdeauna

15. Crezi că poți găsi oricând un prieten?

1 = niciodată; 2 = câteodată; 3 = deseori; 4 = întotdeauna

16. Crezi că există oameni care te înțeleg cu adevărat?

1 = niciodată; 2 = câteodată; 3 = deseori; 4 = întotdeauna

17. Cât de des te simți rușinat?

1 = *niciodată;* 2 = câteodată*;* 3 = deseori*;* 4 = *întotdeauna*

18. Cât de des ai impresia că oamenii se afla în jurul tău, dar nu împreună cu tine?

1 = niciodată; 2 = câteodată; 3 = deseori; 4 = întotdeauna

19. Cât de des simți că există oameni cu care poți comunica?

1 = niciodată; 2 = câteodată; 3 = deseori; 4 = întotdeauna

20. Cât de des simți că există oameni pe care te poți baza?

1 = niciodată; 2 = câteodată; 3 = deseori; 4 = întotdeauna

Date socio demografice:

2. Sexul:

Masculin	1	Feminin	2

2 . Vârsta:

1	59 ani şi mai puţin	
2	60-64	
3	65-69	
4	70-74	
5	75-79	
6	80-84	
7	85 şi peste	

8. Starea civilă actuală:

1	Necăsătorit	
2	Căsătorit	
3	Concubinaj	
4	Divorţat	
5	Văduv	

9. Locuiţi:

1	Singur	
2	Cu soţul/soţia	
3	Copiii	
4	Cu alte persoane.....	
5	Instituționalizat (cămin)	
6	Neinstituționalizat (acasă)	

10. Care este ultima şcoală pe care aţi absolvit-o?

1	Nici o clasă	
2	Mai puţin de 7 clase	
3	7 – 8 clase	
4	10 clase	
5	Şcoală profesională	
6	Liceul	
7	Şcoală postliceală	
8	Învăţământ superior	

11. Judeţul:_____

12. Localitatea:_____